

Cedars-Sinai Medical Center
Отдел финансовой помощи
(Financial Assistance Processing Unit)
File 1688
1801 W. Olympic Blvd
Pasadena, CA. 91199-1688

Время работы: с 08:00 до 18:00 в рабочие дни
Номер телефона: 323-866-8600

Круглосуточный факс: 323-866-3077
Адрес эл. почты: Patient.Billing@cshs.org

Оказанные вам услуги могут соответствовать критериям предоставления страхового покрытия согласно Политике финансовой помощи центра Cedars-Sinai (Cedars-Sinai's Financial Assistance Policy). Однако в соответствии с этой политикой для правильной оценки вашей способности полностью или частично оплатить больничные счета требуется дополнительная документация.

В приложении приводится краткое изложение политики центра. Чтобы помочь нам выполнить оценку, предоставьте указанные ниже документы не позже чем в течение 15 дней с даты, указанной в данном письме. Обратите внимание, что необходимо приложить все требуемые документы или подписанное объяснение, почему какие-либо из указанных **ниже** документов не применимы в вашей ситуации. Отправьте свою информацию по факсу, обычной или электронной почте (номер факса и адреса указаны в шапке этого письма). **Просим вас отправлять нам только копии указанных ниже документов, так как мы не возвращаем их.**

- (1) Полностью заполненное заявление (приложено к этому письму).
 - Копию своей текущей федеральной налоговой декларации (например, формы 1040) или документов за предыдущий год вместе с подписанной и датированной формой 4506-T. Не отправляйте свою налоговую декларацию штата. Если у вас нет возможности предоставить свою федеральную налоговую декларацию, вложите копию последних квитанций о начислении заработной платы со всех рабочих мест за последние 6 (шесть) месяцев (для пациента и супруга(-и)) и сообщите нам, если в ваших доходах за прошлый год произошли значительные изменения.
 - Обратите внимание, что сюда также относятся квитанции о начислении государственных денежных пособий, например по безработице или инвалидности и социальных пособий.
 - Если в настоящее время у вас нет дохода, который может быть отражен в указанных выше документах, подготовьте письменное заявление о своей текущей финансовой ситуации. Подпишите заявление и поставьте дату.
 - Если вы получаете финансовую помощь от какого-либо лица, попросите его представить письменное заявление с указанием суммы и периодичности предоставления вам такой помощи.
- (2) Справку о размере аренды или ипотеки (талон, квитанцию об аренде или оплаченный чек).
 - Если вы живете вместе с кем-то, попросите этого человека представить письменное заявление с объяснением финансовых условий соглашения.
- (3) Копии выписок о состоянии банковского и сберегательного счетов за последние 2 (два) месяца (все страницы для пациента и для супруга(-и)).
- (4) Копии справок о состоянии депозитного счета денежного рынка / брокерского счета, сертификатов акций или облигаций и депозитного сертификата, если применимо.

Справки о состоянии пенсионных счетов форм 401(k) и 403(b) и справки о пенсионных планах предоставлять не нужно.

Просим принять к сведению, что предоставление заполненного заявления не означает, что оказанные услуги будут автоматически признаны соответствующими критериям Политики финансовой помощи медицинского центра Cedars-Sinai. Существует ряд критериев, которые мы учитываем при рассмотрении. Когда рассмотрение вашего заявления будет закончено, вы получите уведомление о его результатах по почте.

Политика финансовой помощи медицинского центра Cedars-Sinai подразумевает оказание помощи пациентам, общий семейный доход которых не превышает 600 % от федерального прожиточного минимума. Существует множество других источников оказания помощи лицам с низким доходом — на уровне штата, федеральные, местные и частные. Мы можем помочь вам выяснить, какие источники финансирования подойдут в вашей ситуации.

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с представителями службы поддержки клиентов по номеру 323-866-8600.

С уважением,

Отдел финансовых услуг для пациентов Cedars-Sinai Medical Center (CSMC Department of Patient Financial Services)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Имя и фамилия пациента: _____		
Номер счета или медицинской карты пациента: _____		
Дата рождения: _____		
Последние 4 цифры номера социального страхования: XXX-XX-_____		
Номер телефона для связи в дневное время: () _____ - _____		
Адрес: _____		
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____		
Имя и фамилия супруга (-и): _____		
Последние 4 цифры номера социального страхования: XXX-XX-_____		
Вы являетесь гражданином США?		Да Нет
Если нет, вы являетесь иностранцем, постоянно проживающим в стране?		Да Нет
Если нет, вы являетесь иностранцем, не проживающим в стране постоянно?		Да Нет
Семейное положение. Укажите всех иждивенцев, находящихся на вашем обеспечении (если их более 4, приложите отдельную страницу)		
Имя и фамилия	Возраст	Кем вам приходится
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Место работы и должность		
Работодатель: _____ Должность: _____		
Если вы являетесь самозанятым лицом, укажите название своей компании: _____		
Рабочий адрес: _____		
Телефон: () _____ - _____ Стаж работы: _____		
Работодатель супруга (-и): _____ Должность: _____		
Если он (она) является самозанятым лицом, укажите название компании: _____		

Текущий ежемесячный доход	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Зарплата до вычетов (оклад)	долл.	долл.	долл.
Чистый доход от индивидуального предпринимательства	долл.	долл.	долл.
Проценты и дивиденды	долл.	долл.	долл.
Доход от недвижимости, сдаваемой в аренду	долл.	долл.	долл.
Социальное пособие, пенсия или пособие по инвалидности	долл.	долл.	долл.
Алименты, выплаты на содержание	долл.	долл.	долл.
Прочее	долл.	долл.	долл.
Общий ежемесячный доход	долл.	долл.	долл.

Основные расходы на проживание	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Аренда или ипотека	долл.	долл.	долл.
Налоги на недвижимость	долл.	долл.	долл.
Коммунальные услуги и телефон	долл.	долл.	долл.
Алимента, выплаты на содержание	долл.	долл.	долл.
Кредитные или лизинговые платежи за автомобиль	долл.	долл.	долл.
Образование	долл.	долл.	долл.
Школа и (или) уход за детьми (несовершеннолетними иждивенцами)	долл.	долл.	долл.
Питание	долл.	долл.	долл.
Страхование (жилья и (или) автомобиля)	долл.	долл.	долл.
Прочие расходы	долл.	долл.	долл.
Общие ежемесячные расходы	долл.	долл.	долл.

Текущий долг за медицинские услуги	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Непогашенный долг за медицинские услуги Cedars-Sinai	долл.	долл.	долл.
Другие долги за медицинские услуги	долл.	долл.	долл.
Общий долг за медицинские услуги	долл.	долл.	долл.

Активы (за исключением пенсионных счетов)	Пациент	Супруг (-а)	В общей сложности
Акции и облигации	долл.	долл.	долл.
Депозитные счета денежного рынка и (или) брокерские счета	долл.	долл.	долл.
Депозитные сертификаты	долл.	долл.	долл.
Общая сумма активов	долл.	долл.	долл.

Подписывая эту форму заявления, я даю центру Cedars-Sinai согласие на проверку моих данных о трудоустройстве и кредитной истории.

(Подпись пациента)

(Дата)

(Подпись супруга (-и))

(Дата)