

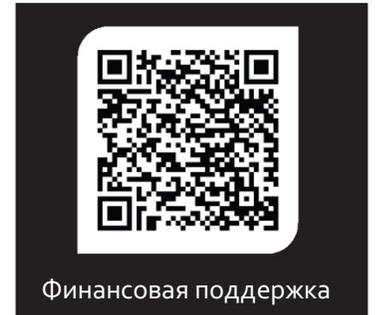
ИНСТРУКЦИИ К ФОРМЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ



Это заявление предназначено для получения финансовой поддержки в больнице Wellfound Behavioral Health Hospital.

Все больницы штата Вашингтон обязаны предоставлять финансовую поддержку лицам и семьям, которые соответствуют определенным критериям по уровню дохода. Вы можете соответствовать критериям для получения медицинских услуг бесплатно или на льготных условиях, в зависимости от размера и дохода вашей семьи, даже если у вас есть медицинская страховка. Для подбора программы финансовой поддержки в соответствии с потребностями пациента, больница Wellfound использует критерии на основе федерального прожиточного минимума и размера семьи. Если уровень дохода пациента не выше 300% федерального прожиточного минимума, то после проверки дохода, счёт такого пациента будет сокращён на 100%. Если уровень дохода пациента составляет от 301 до 400% федерального прожиточного минимума, то его счёт будет сокращён по приведенной ниже скользящей шкале.

Уровень дохода до		
300%	350%	400%
Применяемая скидка		
100%	75%	70%
Доля оплаты пациентом		
0%	25%	30%



На что распространяется финансовая поддержка? Финансовая поддержка покрывает медицинские услуги, предоставляемые больницей Wellfound Behavioral Health Hospital по медицинской необходимости в больнице или клинике на основании таблицы скидок. Финансовая поддержка может не полностью покрывать медицинские расходы, включая услуги, предоставляемые другими организациями. Чтобы узнать об исключениях, ознакомьтесь с Политикой Wellfound Behavioral Health Hospital, которую можно найти на нашем веб-сайте.

Если вы хотите задать вопрос или получить помощь при заполнении данного заявления, звоните в Wellfound Billing (253) 697-8758 или Wellfound Financial Assistance (253) 301-5477.

Помощь предоставляется по любым причинам, включая инвалидность или языковые ограничения.

Чтобы ваше заявление было обработано:

- Предоставьте нам информацию о своей семье.** Укажите кол-во проживающих с вами членов семьи (в состав семьи входят проживающие вместе лица, связанные по рождению, браку или усыновлению)
- Предоставьте нам информацию о суммарном доходе вашей семьи (доход до всех вычетов)**
- Предоставьте документальное подтверждение дохода семьи**
- Приложите всю необходимую информацию**
- Подпишите заявление и поставьте дату.**

Примечание. Для подачи заявления на получение финансовой поддержки не обязательно указывать номер социального страхования. Но если вы укажете свой номер социального страхования, ваше заявление будет обработано быстрее. Номер социального страхования используется для проверки предоставляемой вами информации. Если у вас нет номера социального страхования, укажите «нет» (N/A).

Как подать заполненное заявление и прилагаемые документы:

- **Отправьте по почте:** Wellfound Behavioral Health Hospital: 3402 S. 19th Street, Tacoma WA 98405
- **Отправьте по факсу:** 253-301-5401
- **Отправьте по электронной почте:** wellfoundbilling@wellfound.org
- **Принесите лично:** Принесите заполненный печатный бланк «Заявление на получение финансовой поддержки» (Financial Assistance Application) в регистратуру Wellfound. Главный вход - Регистратура

В течение 14 календарных дней после получения полностью заполненного заявления на получение финансовой поддержки с подтверждающими доход документами, мы сообщим вам о решении по вашему соответствию критериям на поддержку, и о возможности его обжаловать, если она имеется.

Подавая заявление на получение финансовой поддержки, вы разрешаете нам осуществлять необходимые запросы для проверки ваших финансовых обязательств и финансовой информации.

**Мы готовы помочь. Не затягивайте с подачей заявления!
Вы можете получать счета, пока мы не получим ваши данные**