

Информация о заявке на финансовую помощь от UPMC

UPMC предлагает финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания, предоставленного отдельным лицам и семьям, отвечающим установленным требованиям, медицинскими учреждениями UPMC и врачами, являющимися партнерами UPMC. В зависимости от ваших финансовых потребностей вам могут быть предоставлены льготные условия оплаты или бесплатное медицинское обслуживание.

Вы можете получить финансовую помощь, если:

- у вас нет медицинской страховки или ваша страховка ограничена;
- вы не соответствуете критериям получения помощи от государства (например, Medicare или Medicaid);
- вы можете подтвердить, что находитесь в затруднительном финансовом положении,
- вы предоставите UPMC необходимую информацию о финансовом состоянии вашего домохозяйства;
- у вас есть счета за медицинское обслуживание, задолженность по которым превосходит ваши возможности по их погашению, согласно определению в правилах UPMC.

Порядок подачи заявления

Чтобы подать заявку на предоставление финансовой помощи UPMC, следует выполнить следующие действия:

- Заполнить вложенную в этот пакет форму заявки на предоставление финансовой помощи UPMC.
 - > Приложить сопутствующие документы, перечисленные в списке необходимых документов.
 - > Обращаем ваше внимание на то, что в первую очередь вам необходимо выяснить, имеете ли вы право на те или иные страховые льготы, которые могли бы покрыть ваше медицинское обслуживание (например, компенсационное страхование работников, автостраховка и программа Medical Assistance). Мы можем помочь вам воспользоваться подходящими ресурсами в соответствующей ситуации.
 - > Затем мы проверим сведения о размере вашего дохода, активов и семьи, чтобы оценить уровень доступной вам финансовой помощи. Мы пользуемся скользящей шкалой на основе федерального прожиточного минимума.
- Мы свяжемся с вами в случае, если вы имеете право на получение финансовой помощи UPMC.
- Мы можем помочь вам составить график платежей для оплаты оставшихся расходов или счетов, которые не покрывает финансовая помощь UPMC.

Заполнение заявки

Пожалуйста, вышлите заполненную форму заявления и копии документов, подтверждающих доход, по адресу:

UPMC Financial Assistance

Квантум Билдинг
2 Хот метал стр.
Питсбург, шт. Пенсильвания, 15203

Пациенты UPMC Central PA и UPMC Somerset могут выслать материалы по соответствующему адресу ниже:

UPMC Central PA

Координатор по финансовым вопросам пациентов UPMC в Central Pa
P.O. Box 2353 Harrisburg, PA 17105-2353
717-231-8989 или 1-877-499-3899 (бесплатный звонок), доб. 3

UPMC Somerset

Кому: кассиру
225 С. Сентер авеню
Сомерсет, шт. Пенсильвания, 15501
1-814-443-5502

Если у вас есть вопросы, позвоните по бесплатному номеру 1-800-371-8359, выберите пункт 2. Дополнительная информация также доступна в Интернет по адресу UPMC.com/PayMyBill.

Финансовая помощь UPMC — перечень необходимых документов

К заявке необходимо приложить копии всех перечисленных далее документов, которые касаются вас. Просим вас приложить копии, а не оригиналы документов, поскольку UPMC не сможет вернуть документы, отправленные с заявкой. Отсутствие каких-либо документов повлечет за собой задержку в обработке заявки.

Если у вас есть доход или активы, перечисленные далее:

- Оклад, зарплата, чаевые
- Доход от коммерческой деятельности
- Доход от средств социального обеспечения
- Пенсия или доход после ухода в отставку
- Дивиденды и проценты
- Рента и роялти
- Пособие по безработице
- Доход от компенсационного страхования работника
- Алименты и пособие на ребенка
- Судебные решения
- Наличные средства, банковские счета и депозитные счета денежного рынка
- Депозитные свидетельства с наступающим сроком выплаты, ПИФы, облигации или иные свободно конвертируемые инвестиции

Приложите документы, подтверждающие доход семьи, в число которых могут входить:

- Формы социального пособия 1099 или уведомления о назначении пособия
- Уведомления о назначении пособия по безработице или компенсационного страхования работника
- Корешки квитанций о начислении зарплаты за последние 30 дней
- Последняя Форма 1040 IRS и соответствующие приложения
- Если вы являетесь самозанятым, вам необходимо приложить полностью заполненную налоговую декларацию с Приложением С и (или) отчет о прибылях и убытках
- Письма о поддержке
- Прочий доход, такой как трастовые фонды, благотворительные фонды и т. д. (выписка за текущий или прошлый месяц)

Приложите документы, подтверждающие ваши активы, которые могут включать:

- Банковские выписки, выписки ПИФов, депозитных счетов денежного рынка, COD, облигаций и т.п. (выписки за текущий или предыдущий месяц со всех счетов).

Если у вас нет дохода:

- Если у вас нет дохода, направьте нам письмо о поддержке. Письмо должно быть подписано лицом, которое предоставляет вам поддержку.

Вы заполнили и подписали форму заявки на предоставление финансовой помощи

- Просим вас заполнить все части, которые касаются вас. Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить отдельную заявку на каждого пациента, который запрашивает финансовую помощь.

Финансовая помощь UPMC — бланк заявления

Имя и фамилия пациента:	
Дата рождения пациента:	Номер полиса социального страхования пациента:

Адрес:		Номер телефона для звонков в дневное время:
Город:	Штат:	Дополнительный номер телефона:
Почтовый индекс:	Округ:	

Имя / наименование работодателя:	Имя / наименование работодателя супруга(-и):
----------------------------------	--

Сведения о домохозяйстве: перечислите ВСЕХ членов вашего домохозяйства, включая иждивенцев, которые были указаны в последней Форме 1040 IRS. Если у члена вашего домохозяйства есть отдельный счет за медицинское обслуживание в UPMC, который следует учесть при расчете объема финансовой помощи, поставьте отметку в поле под пунктом «Счет за медицинское обслуживание UPMC» ("UPMC Medical Bill").

Имена	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Счет за медицинское обслуживание UPMC

Общее количество членов домохозяйства (включая пациента): _____

Если вы уже получили счет, укажите номер вашего счета или идентификационный номер пациента: _____

У вас есть медицинская страховка? Да Нет

Если «да», предоставьте сведения о страховке: _____

У вас есть открытые банковские счета? Да Нет

Если «да», предоставьте выписки по всем имеющимся банковским счетам за 1 месяц.

Месячный доход семьи: укажите месячный доход, получаемый вами и другими членами домохозяйства. Также приложите копии документов, подтверждающих размер дохода и активов (см. перечень необходимых документов).

Совокупный ежемесячный доход	Собственный	Супруга(-и) и / или других членов домохозяйства
Зарплата / доход от самозанятости	\$	\$
Социальное пособие	\$	\$
Пенсия или доход после ухода в отставку	\$	\$
Дивиденды и проценты	\$	\$
Рента и роялти	\$	\$
Пособие по безработице	\$	\$
Компенсационное страхование работника	\$	\$
Алименты и пособие на ребенка	\$	\$
Прочий доход	\$	\$
Совокупный месячный доход семьи	\$	\$

Дополнительные примечания.

Правовая оговорка. Я понимаю, что предоставляемая мной информация будет использована только для оценки моей финансовой ответственности перед УРМС за понесенные расходы (медицинское обслуживание, в том числе услуги больниц и врачей), и в отношении нее будет сохранена конфиденциальность. Я понимаю, что материалы, которые я отправляю для подтверждения моего дохода и активов, возврату не подлежат. Я также понимаю, что предоставляемая мной информация о годовом доходе и размере моей семьи подлежат проверке УРМС, в том числе (при необходимости) предусматривает запрос планом финансовых данных от работодателей, банков и прочих организаций, перечисленных мной в настоящем заявлении. Я понимаю, что, если в результате проверки какие-либо из предоставленных сведений будут признаны недостоверными, разрешение на выделение финансовой помощи может быть аннулировано, и мне придется нести полную финансовую ответственность за все расходы. Я понимаю, что на установленное УРМС право на финансовую помощь может быть изменено и (или) отозвано, в случае если какая-либо существенная информация окажется в заявлении недостоверной или намеренно пропущенной, или если страховое покрытие будет присуждено судом в мою пользу, или если обстоятельства изменятся каким-либо иным существенным образом.

Моя подпись является разрешением УРМС проверить все данные, указанные в настоящем заявлении. Я подтверждаю, что, по имеющимся у меня данным, вышеизложенная информация является достоверной и точной.

Подпись: _____

Кем приходится пациенту: _____

Дата: _____