

Финансовая помощь

Компания Sanford Health стремится предоставлять качественное медицинское обслуживание своим пациентам. Мы понимаем, что в данный момент оплата этих услуг может быть для вас затруднительной, поэтому предлагаем подать заявление на получение финансовой помощи в рамках нашей системы медицинского обслуживания.

К этому письму прилагается форма заявления, в которую вы сможете вписать данные о своем финансовом положении. Чтобы получить возможность участвовать в нашей программе финансовой помощи, нужно полностью заполнить прилагаемую форму. Если ваше финансовое положение соответствует установленным Sanford Health критериям, может быть списан весь остаток по счету или его часть.

В дополнение к заполненному заявлению предоставьте документы, указанные ниже.

- **Копию вашей последней налоговой декларации по форме 1040 с соответствующими графиками ИЛИ справку об отсутствии декларации от Налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS) [позвоните по телефону (800) 908-9946, чтобы получить копию].**
- **Копии двух последних платежных ведомостей всех лиц, получающих заработную плату и вносящих вклад в доход семьи.**
- **Письмо о присуждении социального обеспечения или последнюю форму 1099, если вы получаете пособие по социальному обеспечению. Если у вас есть дополнительный доход, помимо социального обеспечения, предоставьте подтверждение и этого дохода.**
- **Выписку из банковского или инвестиционного счета с данными об операциях и остатке на них.**

Мы понимаем, что ваше текущее финансовое положение может отличаться от данных в предыдущих налоговых отчетах. Предоставьте нам краткое описание вашего положения и любые соответствующие изменения.

Мы рассмотрим ваш запрос и в течение 30 дней с момента его получения сообщим о решении письменно. Если ваши финансовые обстоятельства сменились после отправки заявления, вы можете подать апелляцию в течение 30 дней с даты, указанной в письме о постановлении. Если вы хотите подробнее узнать о своем счете, подать апелляцию или у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с отделом финансового обслуживания пациентов компании Sanford по телефону (877) 629-2999. Часы работы: с понедельника по четверг: с 7:00 до 18:00, пятница: с 7:00 до 17:00.

Жители штата Миннесота, получающие услуги в медицинских центрах Sanford Health в этом же штате, могут обратиться за помощью в случае нерешенных проблем. Сначала рекомендуется связаться с отделом финансового обслуживания пациентов Sanford по телефону (877) 629-2999, чтобы наши сотрудники попробовали вам помочь. Если проблемы останутся, можно обратиться в офис главного прокурора штата Миннесота по телефону (651) 296-3353 или (800) 657-3787.

Отправьте ответ на этот запрос в течение 30 дней в наш офис по **ЗАЩИЩЕННОМУ ФАКСУ**: (800) 544-5967 или на **почтовый адрес**: Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482. Если в течение 30 дней вы не отправите заявление на получение финансовой помощи, мы будем считать, что вы отказались от участия в программе финансовой помощи Sanford.

С уважением,

Sanford Health

Заявление на получение финансовой помощи

Демографические данные

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия супруга (-и): _____ Дата рождения: _____

Семейное положение (отметьте подходящий вариант): Не в браке _____ В браке _____ Разведен (-а) _____
 Вдовец (вдова) _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Мобильный телефон (ваш): _____ Мобильный телефон (супруга [-и]): _____ Домашний телефон: _____

Перечислите всех лиц, находящихся у вас на иждивении, в возрасте до 18 лет, которые проживают с вами.

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____ Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____ Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____ Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Информация о страховом покрытии (отметьте подходящий вариант): Есть страховое покрытие _____

Нет страхового покрытия _____ Частичное покрытие _____

Если вы трудоустроены, то как долго вы работаете на нынешнем месте? _____

Какую часть своего счета в Sanford вы оплачиваете или можете оплатить в месяц? _____

Доход

Собственный	Ежемесячный валовой доход	Супруга (-и)
долл. США	Валовой доход / пособие по безработице / рабочая компенсация	долл. США
долл. США	Социальное обеспечение / дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI) / социальное пособие по нетрудоспособности (Social Security Disability Insurance, SSDI)	долл. США
долл. США	Самозанятость / доход от аренды / лицензионные отчисления / наследство / трасты	долл. США
долл. США	Пенсия / субсидии / аннуитеты / пособия для ветеранов	долл. США
долл. США	Выплаты на содержание детей / супружеские алименты / социальное обеспечение	долл. США
долл. США	Разные/прочие доходы: _____	долл. США
долл. США	Общий доход (предоставьте подтверждение всех доходов)	долл. США

Активы

Тип счета	Финансовое учреждение	Сумма/стоимость
Расчетный		
Сберегательный		
Денежный рынок		

Любая другая информация, которую вы хотели бы, чтобы мы учли:

При необходимости приложите дополнительный лист.

Я подтверждаю, что к моему заполненному заявлению приложены необходимые документы, перечисленные ниже.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Налоговая декларация (федеральная форма 1040) или справка об отсутствии декларации | <input type="checkbox"/> Два платежных документа для каждого работника по найму |
| <input type="checkbox"/> Письмо о присуждении социального обеспечения (если применимо) | <input type="checkbox"/> Выписки из банковских или инвестиционных счетов |

Документ о передаче прав (прочтите внимательно)

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении и прилагаемых документах, является достоверной и правильной, насколько мне это известно. Я понимаю, что информация является конфиденциальной и меня могут попросить предоставить дополнительные сведения. Я понимаю, что мое заявление на получение финансовой помощи не будет рассмотрено, если я не предоставлю всю запрашиваемую информацию. Sanford Health не дает никаких гарантий относительно обеспечения финансовой помощи.

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия супруга [-и] (печатными буквами): _____ Подпись: _____ Дата: _____