



Инструкции по заполнению заявления на получение финансовой помощи
Мы предоставляем финансовую помощь в оплате необходимых по медицинским показаниям услуг пациентам, получившим на это право.

Право на получение финансовой помощи будет определяться на основании положений Федерального прожиточного минимума (которые ежегодно публикуются в Федеральном регистре). Пациенты, указавшие, что они не имеют страховки или других средств для оплаты за необходимые по медицинским показаниям услуги, могут подать запрос на предоставление им финансовой помощи.

Пациенты, подающие заявление на финансовую помощь, **ОБЯЗАНЫ** обратиться за всеми видами помощи, предлагаемой в рамках федеральных программ, программ штата и программ, предоставляемых местным правительством (Medicaid, планы здравоохранения округов и др.), и предоставить в McLaren Health Care подтверждение подачи такого заявления и/или полученного отказа.

ПРОСИМ ПРЕДОСТАВИТЬ НАМ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

- **ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ** (неполностью заполненные бланки не рассматриваются);
 - **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА ДОМОХОЗЯЙСТВА** (ПОСЛЕДНИЕ 2 КВИТАНЦИИ О НАЧИСЛЕНИИ ЗАРПЛАТЫ, ВЫПИСКА ИЗ БАНКОВСКОГО СЧЕТА ИЛИ ДРУГИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА);
 - **БЛАНК ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДОХОДА** (ЕСЛИ ВЫ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ НЕ ИМЕЕТЕ ДОХОДА);
- КОПИЯ ПОСЛЕДНЕЙ ПОДАННОЙ НАЛОГОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ;**
УКАЖИТЕ, ЕСЛИ КАКИЕ-ЛИБО ДОКУМЕНТЫ НЕДОСТУПНЫ.

Для обработки заявления на получение финансовой помощи McLaren Health Care вправе запросить дополнительные финансовые документы.

ПРОСИМ НАПРАВИТЬ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ 14 (ЧЕТЫРНАДЦАТИ) ДНЕЙ:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

Если у вас возникли вопросы или необходима помощь в заполнении заявления, просим обращаться:

в отдел финансовых услуг
пациентов Департамента
обслуживания клиентов по
телефону (844) 321-1557



Бланк подтверждения дохода

Этот бланк необходимо использовать только если лицо, запрашивающее финансовую помощь, не имеет дохода.

Бланк действителен только при условии заполнения всех полей.

Имя заявителя: <u>Нынешний</u>	адрес заявителя:
--------------------------------	------------------

Подтверждение дохода заявителя
<p>Я, _____, удостоверяю, что не имею ни трудовых, ни нетрудовых доходов. Настоящим я разрешаю McLaren Health Care проверить данное заявление. Я осознаю, что если McLaren Health Care обнаружит наличие у меня трудового или нетрудового дохода, я буду лишен (-а) права на получение финансовой помощи.</p> <p>В настоящий момент мне оказывают поддержку следующие лица (укажите, как вы оплачиваете основные расходы, например, пищу, одежду, кров, указывая имена всех содержащих вас физических лиц):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Я осознаю, что представитель McLaren Health Care вправе связаться с указанными выше физическими лицами в целях проверки предоставленной информации.</p>

Подпись
Подпись заявителя: _____
Имя печатными буквами: _____
Дата: _____