

**JEFFERSON HEALTH COMPASSIONATE CARE, РУКОВОДСТВО ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ – ШТАТ ПЕНСИЛЬВАНИЯ**

Jefferson Health предоставляет финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания лиц и семей, соответствующих требованиям. В зависимости от степени финансовой нужды вы можете иметь право на получение скидок при оплате или на участие в программе Compassionate Care.

Вы можете иметь право на получение финансовой помощи, если:

- у вас есть ограниченная страховка или вообще нет медицинской страховки;
- вы не соответствуете требованиям для получения государственной помощи (например, по программе Medicaid);
- вы можете подтвердить финансовую нужду;
- вы проживаете в штатах Пенсильвания, Нью-Джерси или Делавэр;
- вы предоставите в компанию Jefferson необходимую информацию о финансовом положении семьи.

**Информация о процессе подачи заявления**

Процесс подачи заявления об участии в программе Jefferson Health Compassionate Care Program включает следующие этапы.

- Заполните форму заявления об участии в программе Compassionate Care из этого пакета.  
 ---Приложите подтверждающие документы, указанные во вложенном контрольном списке.  
 ---Мы изучим ваш доход, активы (например банковские счета, акции, облигации и другие инвестиции) и размер семьи для определения уровня помощи. Мы будем использовать скользящую шкалу в соответствии с установленным федеральным прожиточным минимумом.  
 ---Вначале вы должны установить, имеете ли вы право на получение каких-либо страховых льгот, покрывающих ваше обслуживание (например пособие по нетрудоспособности, автомобильная страховка и (или) помощь по оплате медицинских услуг). Мы можем порекомендовать вам соответствующие ресурсы.
- После рассмотрения вашего заявления будет принято решение, о котором вы будете уведомлены.
- Мы можем согласовать план выплат по неоплаченным счетам, не покрываемым программой Compassionate Care.
- Данная программа предназначена только для оплаты счетов в больнице Jefferson Health Hospital и может не распространяться на оплату услуг лечащего врача.

**Подача заявления**

Отправьте заполненную форму заявления и копии документов, подтверждающих доход, почтой по адресу учреждения, где было получено обслуживание.

<b>Учреждения</b>	<b>Jefferson University / Jefferson Neurosciences / Methodist Hospitals</b>	<b>Abington/ Lansdale Hospitals</b>	<b>Bucks/Frankford/Torresdale Hospitals</b>
<b>Почтовый адрес:</b>	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep
<b>Телефон:</b>	833-958-2198; вариант 1	833-958-2198; вариант 2	833-958-2198; вариант 3
<b>Факс:</b>	215-503-9163	215-481-3057	215-831-2330
<b>Адрес эл. почты:</b>	<a href="mailto:customer.service@jefferson.edu">customer.service@jefferson.edu</a>	<a href="mailto:finassist@jefferson.edu">finassist@jefferson.edu</a>	<a href="mailto:JeffNE.FC@jefferson.edu">JeffNE.FC@jefferson.edu</a>
<b>Учреждения</b>	<b>Einstein Medical Center Philadelphia</b>	<b>Einstein Medical Center Elkins Park</b>	<b>Einstein Medical Center Montgomery</b>
<b>Почтовый адрес:</b>	5501 Old York Road Korman Building, Room 111 Philadelphia, PA 19141 Attn: Financial Assistance Rep	5501 Old York Road Korman Building, Room 111 Philadelphia, PA 19141 Attn: Financial Assistance Rep	559 West Germantown Pike 1 <sup>st</sup> Floor, INV Platform East Norriton, PA 19403 Attn: Financial Assistance Rep
<b>Телефон:</b>	215-456-8146	215-456-8146	484-622-1514
<b>Факс:</b>	215-456-8147	215-456-8147	484-622-1540
<b>Адрес эл. почты:</b>	<a href="mailto:HinesC@einstein.edu">HinesC@einstein.edu</a>	<a href="mailto:HinesC@einstein.edu">HinesC@einstein.edu</a>	<a href="mailto:OrzolKim@Einstein.edu">OrzolKim@Einstein.edu</a>

## Контрольный список документации

К заявлению нужно приложить копии всех перечисленных ниже документов, которые к вам применимы. Пожалуйста, приложите **копии, а не оригиналы**, поскольку компания Jefferson не может вернуть документы, отправленные вместе с заявлением. Отсутствие каких-либо документов замедлит обработку вашего заявления.

### 1. Если у вас есть доход.

Приложите документы, подтверждающие семейный доход, к которым могут относиться следующие документы.

- Последняя квитанция о выплате заработной платы и квитанции за последние 30 (тридцать) дней для всех трудоустроенных членов семьи.
- Письма о назначении: пособия от фонда социального страхования, пенсии, пособия по безработице, пособия по нетрудоспособности.
- Последняя форма IRS 1040 и соответствующие приложения: заполненная налоговая декларация 1040 с формой W2; для самозанятых — форма 1099 с формой Schedule C (прибыль и убытки) и налоговая декларация 1040 за предыдущий год.
- Письмо от вашего работодателя на фирменном бланке с указанием даты приема на работу и размера часовой или недельной оплаты с подписью вашего работодателя, датой и номером телефона.
- Другие документы: форма I-20, письмо о назначении пособия на ребенка, письмо из приюта, письмо о финансовой поддержке (с указанием причины недоступности подтверждающих доход документов). Пожалуйста, приложите документ о доходе спонсирующего лица.

### 2. Если у вас нет дохода.

- Отправьте нам письмо о поддержке. Лицо, оказывающее вам поддержку, должно подписать письмо и заверить его у нотариуса.

### 3. Подтверждение наличия у семьи денежных средств

Приложите последние документы, подтверждающие наличие:

- текущих и (или) сберегательных счетов;
- акций, облигаций, депозитных сертификатов, высокодоходных процентных счетов или аннуитетов;
- любых других инвестиций, включая недвижимость;
- медицинских сберегательных счетов (HSA или MSA), сберегательных счетов на случай непредвиденных расходов (FSA) или счетов покрытия медицинских расходов (HRA).

### 4. Письменный отказ от предоставления помощи по оплате медицинских услуг

- В зависимости от результатов первоначальной финансовой проверки перед утверждением вашего заявления, возможно, вам потребуется подать заявление на получение помощи по оплате медицинских услуг и отправить копию письменного отказа (PA 162).

### 5. Удостоверение личности

- Копия водительских прав, паспорта, другого удостоверения личности с фотографией или удостоверения личности государственного образца.

### 6. Заполненная и подписанная вами форма заявления на получение финансовой помощи

- Убедитесь, что заполнили все разделы формы, которые к вам применимы.
- Верните ее в течение 30 (тридцати) дней.