

ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ В DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST

МЕДИЦИНСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ – НЕОБХОДИМОСТЬ, А НЕ РОСКОШЬ

Diagnostic Imaging Northwest оказывает помощь всем пациентам вне зависимости от их финансовых возможностей. Мы предоставляем финансовую помощь согласно действующим федеральным нормативам бедности. Для участия в программе необходимо сначала использовать все имеющиеся медицинские льготы – частную страховку, Medicare, Medicaid или другие программы. При соответствии критериям программа может покрыть франшизу, доплату или сострахование, а также расходы тех, кто не имеет права на страховку или охвачен другими программами.

ПРИ СООТВЕТСТВИИ ТРЕБОВАНИЯМ НАША ПРОГРАММА ПРЕДЛАГАЕТ

- Финансовую помощь для оплаты услуг в любом учреждении DINW
- Оплату по скользящей шкале с учётом уровня дохода
- Гибкие условия рассрочки
- Помощь в выборе доступных медицинских планов

ДОСТУПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

После реформы национальной системы здравоохранения право на недорогую или субсидируемую медицинскую страховку получили больше людей, чем когда-либо прежде. Как правило, на неё имеют право граждане и семьи со средним и низким доходом. Если вы ещё не подавали заявку, посетите сайт www.wahealthplanfinder.org и узнайте подробнее. Наша программа финансовой помощи может покрыть франшизу или сострахование по этим планам.

СОФИНАНСИРОВАНИЕ ГРАНТОВ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Diagnostic Imaging Northwest признаёт гранты финансовой помощи от ряда медицинских организаций. Если вы уже получаете помощь от другой медицинской организации, заполнять заявление полностью не нужно. Просто приложите к заявлению копию действующего письма о предоставлении помощи – мы окажем поддержку на том же уровне, если это применимо.

ФИНАНСОВЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Телефон: (253) 680-3485
Факс: (253) 680-3558

Почтовый адрес
Diagnostic Imaging Northwest
Attention: Financial Aid
P.O. Box 1535
Tacoma, WA 98401

МЫ ПРИЗНАЁМ ГРАНТЫ ОТ

- Capital Medical Center
- Community Health Care
- Evergreen Hospital Medical Center
- Franciscan Health System
- HealthPoint
- MultiCare Health System
- Overlake Hospital Medical Center
- Providence and Swedish
- Sea Mar Community Health Centers
- Seattle Cancer Care Alliance
- Thurston County Project Access
- UW Medicine / Valley Medical Center
- Virginia Mason

Свяжитесь с нами, если вы получили помощь от одной из перечисленных организаций или если у вас есть вопросы о наших программах.

Заявление на получение финансовой помощи

Заполните заявление и направьте его вместе с подтверждающими документами в наш офис не позднее чем за 48 часов до приёма.

1. ФИО пациента _____ Дата рождения _____
Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____
Адрес _____
НОМЕР ДОМА И УЛИЦА ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС

2. Есть ли у вас медицинская страховка? Да Нет Если «Нет» – подавали ли вы заявку на покрытие через Washington Healthplanfinder? Да Нет Укажите причину: _____

3. Получали ли вы финансовую помощь от другой медицинской организации? Да Нет
Если да – перейдите к пункту 7 для подписания заявления. Вместо полностью заполненного заявления приложите к подписанному заявлению копию действующего письма об оказании помощи от другой организации .

4. Супруг(-а) или родитель (если заявитель – несовершеннолетний или иждивенец)
ФИО _____ Мобильный телефон _____
Домашний телефон _____ Адрес _____
НОМЕР ДОМА И УЛИЦА ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС

5. Приложите последние расчётные листки, форму W-2 и другие справки о доходах.

Доход (ежемесячно)	Пациент	Доход других членов семьи
Заработная плата		
Самозанятость		
Государственная помощь		
Пособие по безработице		
Компенсация работникам		
Алименты		
Алименты на ребёнка		
Пенсия		
Процентный доход		
Доход от аренды недвижимости		
Прочие доходы (укажите)		
Совокупный доход		

При отсутствии дохода укажите причину _____

6. Перечислите всех иждивенцев, проживающих с вами, включая супруга(-у)

ФИО	Родство	Возраст	ФИО	Родство	Возраст

7. Подтверждаю, что вся указанная информация достоверна и верна, насколько мне известно. Я понимаю, что ложная или неполная информация может привести к задержке или прекращению выплат. Это также может повлечь переплату пособий, которую придётся вернуть, и штрафные санкции. Я разрешаю Diagnostic Imaging Northwest проверить указанные сведения и даю согласие на их передачу для определения права на финансовую помощь. Под страхом ответственности за дачу ложных показаний подтверждаю достоверность и полноту представленных сведений.

ПОДПИСЬ (лицо, подающее заявление)

ДАТА

Данные сведения конфиденциальны. Отправьте форму по факсу или почте в Diagnostic Imaging NW, отдел финансовой помощи.
Если у вас возникнут вопросы или потребуется помощь, звоните нашим финансовым консультантам.