

ФІНАНСОВА ДОПОМОГА У DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST

МЕДИЧНА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ – ЦЕ НЕОБХІДНІСТЬ, А НЕ РОЗКІШ

Diagnostic Imaging Northwest надає допомогу всім пацієнтам незалежно від їхніх фінансових можливостей. Ми надаємо фінансову допомогу відповідно до чинних федеральних настанов щодо рівня бідності. Для участі в програмі отримувач має спочатку скористатися всіма наявними медичними виплатами – приватним страхуванням, Medicare, Medicaid чи іншою програмою медичної допомоги. Наша програма може покрити франшизу, співоплату або співстрахування за умови відповідності критеріям, а також витрати учасників, які не мають права на страхування або охоплені іншою програмою медичної допомоги.

ЯКЩО ВИ ВІДПОВІДАЄТЕ КРИТЕРІЯМ, НАША ПРОГРАМА ПРОПОНУЄ

- Фінансову допомогу на послуги в будь-якому закладі DINW
- Гнучку шкалу оплати залежно від рівня доходу
- Зручні плани платежів
- Допомогу у виборі доступних медичних планів

ДОСТУПНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Завдяки змінам у системі охорони здоров'я на національному рівні більше людей, ніж будь-коли, тепер мають право на недороге або субсидоване медичне страхування. Право на участь зазвичай мають особи та сім'ї із середнім і низьким рівнем доходу. Якщо ви ще не подавали заявку, відвідайте вебсайт www.wahealthplanfinder.org, щоб отримати додаткову інформацію. Наша програма фінансової допомоги може покрити франшизу або співстрахування за цими планами.

СПІВФІНАНСУВАННЯ ГРАНТІВ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ

Diagnostic Imaging Northwest визнає гранти на фінансову допомогу від певних медичних установ. Якщо ви вже отримали допомогу від іншої медичної організації, можливо, вам не доведеться заповнювати повну заявку. Просто надішліть копію чинного листа про допомогу разом із цією заявкою, і ми надамо допомогу на такому самому рівні, якщо це можливо.

ФІНАНСОВІ КОНСУЛЬТАНТИ

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

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

МИ ВИЗНАЄМО ГРАНТИ ВІД

- 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

Зв'яжіться з нами, якщо вам надано допомогу від будь-якої з перелічених організацій або якщо у вас є запитання щодо наших фінансових програм.

dinw.com

Заява на фінансову допомогу

Заповніть цю заявку та надішліть її разом із підтверджуючими документами до нашого офісу щонайменше за 48 годин до прийому.

1. Ім'я пацієнта _____ Дата народження _____
Домашній телефон _____ Мобільний телефон _____
Адреса _____
НОМЕР БУДИНКУ ТА ВУЛИЦЯ МІСТО, ШТАТ, ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

2. Чи маєте ви медичне страхування? Так Ні Якщо ви обрали «Ні», чи подавали ви заявку на страхування через Washington Healthplanfinder? Так Ні Поясніть: _____

3. Чи отримували ви фінансову допомогу від іншої медичної організації? Так Ні
Якщо так, перейдіть до кроку 7 для підпису заявки. Окрім підписаної заявки, надайте копію чинного листа про надання допомоги від іншої організації замість повністю заповненої заявки.

4. Чоловік/дружина або батьки (якщо заявник неповнолітній або утриманець)
Ім'я _____ Мобільний телефон _____
Домашній телефон _____ Адреса _____
НОМЕР БУДИНКУ ТА ВУЛИЦЯ МІСТО, ШТАТ, ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

5. Надайте останні платіжні відомості, форму W2 та інші документи, що підтверджують дохід.

Дохід (місячні суми)	Пацієнт	Інші доходи сім'ї
Заробітна плата		
Самозайнятість		
Державна допомога		
Допомога з безробіття		
Компенсація працівникам		
Аліменти		
Аліменти на дитину		
Пенсія або пенсійні виплати		
Дохід від відсотків		
Дохід від оренди нерухомості		
Інші доходи (зазначте)		
Загальний дохід		

Якщо доходу не було, поясніть детально _____

6. Перелічіть усіх утриманців у вашому домогосподарстві, включно з чоловіком/дружиною

Ім'я	Родинні зв'язки	Вік	Ім'я	Родинні зв'язки	Вік

7. Наведена вище інформація є правдивою та достовірною, наскільки мені відомо. Я усвідомлюю, що надання неправдивої або неповної інформації може затримати або припинити мої виплати. Це також може призвести до переплати, яку я зобов'язаний(-а) повернути, та до накладення штрафних санкцій. Я уповноважую Diagnostic Imaging Northwest перевірити будь-яку з наведеної вище інформації та дозволяю її розкриття для Diagnostic Imaging Northwest з метою визначення права на фінансову допомогу. Я присягаю під загрозою кримінальної відповідальності за лжесвідчення, що надав(-ла) правдиву та повну інформацію.

ПІДПИС (особи, яка подає заявку) _____

ДАТА _____

Ця інформація є конфіденційною. Надішліть форму факсом або поштою до Diagnostic Imaging NW, відділ фінансової допомоги.

Якщо у вас виникнуть запитання або знадобиться допомога, зверніться до наших фінансових консультантів.