

Информация о заявке на предоставление финансовой помощи UPMC

UPMC предлагает финансовую помощь в оплате медицинского обслуживания, предоставленного частным лицам и семьям, которые соответствуют установленным критериям, медицинскими учреждениями UPMC и врачами, являющимися партнерами UPMC. В зависимости от ваших финансовых потребностей вам могут быть предоставлены льготные условия оплаты или бесплатное медицинское обслуживание.

Вам может быть предоставлено право на финансовую помощь, если вы:

- имеете ограниченную медицинскую страховку или не имеете ее вообще;
- не имеете права на помощь от государства (например, Medicare или Medicaid);
- можете подтвердить, что находитесь в затруднительном финансовом положении;
- проживаете на приоритетной территории обслуживания поставщика медицинских услуг UPMC;
- предоставите UPMC необходимую информацию о финансовом состоянии вашего домохозяйства;
- имеете счета за медицинское обслуживание, задолженность по которым превосходит ваши возможности оплатить их, согласно определению в правилах UPMC.
- Мы свяжемся с вами в случае, если вы имеете право на получение финансовой помощи UPMC.
- Мы можем помочь вам составить график платежей для оплаты оставшихся расходов или счетов, которые не покрывает финансовая помощь UPMC.

Информация о порядке оформления заявки

Чтобы подать заявку на предоставление финансовой помощи UPMC, следует выполнить следующие действия:

- Заполнить вложенную в этот пакет форму заявки на предоставление финансовой помощи UPMC.
 - > Приложить сопутствующие документы, перечисленные в списке необходимых документов.
 - > Обращаем ваше внимание на то, что в первую очередь вам необходимо выяснить, имеете ли вы право на те или иные страховые льготы, которые могли бы покрыть ваше медицинское обслуживание (например, компенсация рабочим, автостраховка и программа Medical Assistance). Мы можем помочь вам воспользоваться подходящими ресурсами в соответствующей ситуации.
 - > Затем мы проверим сведения о размере вашего дохода, семьи и активов, чтобы оценить уровень доступной вам финансовой помощи. Мы пользуемся скользящей шкалой на основе федерального прожиточного минимума.

Заполнение заявки

Просим вас отправить заполненную форму заявки и копии документов с подтверждением дохода на адрес:

UPMC Financial Assistance
Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Пациенты UPMC Kane и UPMC Somerset могут отправлять почтой материалы для оформления заявки на соответствующий адрес, указанный ниже:

UPMC Kane
4372 Route 6
Kane, PA 16735
814-837-8585

UPMC Somerset
Attn: Cashier
225 S. Center Avenue
Somerset, PA 15501
1-814-443-5002

В случае возникновения вопросов позвоните по номеру 1-800-371-8359 и выберите вариант № 2. Дополнительная информация также представлена в Интернете на сайте UPMC.com/PayMyBill.

Финансовая помощь UPMC — список необходимых документов

К заявке необходимо приложить копии всех перечисленных далее документов, которые касаются вас. Просим вас приложить копии, а не оригиналы документов, поскольку UPMC не сможет вернуть документы, отправленные с заявкой. Отсутствие каких-либо документов повлечет за собой задержку в обработке заявки.

Если у вас есть доход или активы, перечисленные далее:

- Оклад, зарплата, чаевые
- Доход от коммерческой деятельности
- Доход от средств социального обеспечения
- Пенсия или доход после ухода в отставку
- Дивиденды и проценты
- Рента и роялти
- Пособие по безработице
- Доход от компенсации рабочим
- Алименты и пособие на ребенка
- Судебные решения
- Наличные средства, банковские счета и счета по вкладам
- Депозитные свидетельства с наступающим сроком выплаты, ПИФы, облигации или иные свободно конвертируемые инвестиции, которые можно обналить без штрафных санкций

Приложите документы, подтверждающие доход семьи, в число которых могут входить:

- Формы социального пособия 1099 или уведомления о назначении пособия
- Уведомления о назначении пособия по безработице или компенсации рабочим
- Корешки квитанций за последние 30 дней
- Последняя Форма 1040 IRS и соответствующие приложения
- Если вы являетесь самозанятым, вам необходимо приложить полностью заполненную налоговую декларацию с Приложением С и / или отчет о прибылях и убытках
- Письма поддержки
- Прочий доход, такой как трастовые фонды, благотворительные фонды и т. д. (выписка за текущий или прошлый месяц)

Приложите подтверждение сведений об активах, например:

- Выписки по банковским счетам, выписки по ПИФам, счета по вкладам, COD, облигации и т. д. (выписка за текущий или прошлый месяц по всем счетам)

Если у вас нет дохода:

- Если у вас нет дохода, направьте нам письмо поддержки. Письмо должно быть подписано лицом, которое предоставляет вам поддержку.

Уведомление об отказе в предоставлении помощи по программе Medical Assistance

- Вам необходимо подать заявку на предоставление вам помощи по программе Medical Assistance и направить нам копию соответствующего письма, прежде чем мы сможем одобрить вашу заявку.

Заполненная и подписанная вами форма заявки на предоставление вам финансовой помощи

- Просим вас заполнить все части, которые касаются вас. Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить отдельную заявку на каждого пациента, который запрашивает финансовую помощь.

Финансовая помощь UPMC — форма заявки

Имя и фамилия пациента:			
Дата рождения пациента:	Номер полиса социального страхования пациента:		
Адрес:		Телефон для звонков в дневное время:	
Город:		Штат:	
Почтовый индекс:		Дополнительный номер телефона:	
Округ:			
Имя / наименование работодателя:		Имя / наименование работодателя супруга(-и):	

Запрашиваемые услуги: Отметьте услуги, для оплаты которых запрашивается финансовая помощь.

Эти услуги предоставляет (отметьте все, что применимо):

Больницы и клиники UPMC Подразделение
врачебных услуг UPMC Онкологические центры
UPMC

Если вы уже получили счет, укажите номер вашего счета или идентификационный номер пациента: _____

У вас есть медицинская страховка? Да Нет

Вы подавали заявку на предоставление помощи по программе Medical Assistance в последние 6 месяцев? Да Нет

> Если да, приложите копию письма с отказом.

Сведения о домохозяйстве: перечислите ВСЕХ членов вашего домохозяйства, включая иждивенцев, которые были указаны в последней Форме 1040 IRS. Если у члена вашего домохозяйства есть отдельный счет за медицинское обслуживание в UPMC, который следует учесть при расчете объема финансовой помощи, поставьте отметку в поле под пунктом «Счет за медицинское обслуживание UPMC» (“UPMC Medical Bill”).

Имена	Кем приходится пациенту	Возраст	Счет за медицинское обслуживание UPMC
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Общее количество членов домохозяйства (включая пациента): _____

Месячный доход семьи: Укажите месячный доход у вас и у других членов домохозяйства. Также просим приложить копии документов, подтверждающих размер дохода и активов (см. перечень необходимых документов).

Совокупный ежемесячный доход	Собственный	Супруга(-и) и / или других членов домохозяйства
Зарплата / доход от самозанятости	\$	\$
Социальное пособие	\$	\$
Пенсия или доход после ухода в отставку	\$	\$
Дивиденды и проценты	\$	\$
Рента и роялти	\$	\$
Пособие по безработице	\$	\$
Компенсация рабочим	\$	\$
Алименты и пособие на ребенка	\$	\$
Наличные средства	\$	\$
Банковские счета	\$	\$
Счета по вкладам	\$	\$
Прочий доход	\$	\$
Совокупный месячный доход семьи	\$	\$

Дополнительные примечания:

Правовая оговорка: Я понимаю, что предоставляемая мной информация будет использована только для оценки моей финансовой ответственности перед UPMC за понесенные расходы (медицинское обслуживание, в том числе услуги больниц и врачей), и в отношении нее будет сохранена конфиденциальность. Я понимаю, что материалы, которые я отправляю для подтверждения моего дохода и активов, возврату не подлежат. Я также понимаю, что предоставляемая мной информация о годовом доходе и размере моей семьи подлежат проверке UPMC, в том числе (при необходимости) предусматривает запрос планом финансовых данных от работодателей, банков и прочих организаций, перечисленных мной в данной заявке. Я понимаю, что, если в результате проверки какие-либо из предоставленных сведений будут признаны недостоверными, разрешение на выделение финансовой помощи может быть аннулировано, и мне придется нести полную финансовую ответственность за все расходы.

Моя подпись является разрешением UPMC проверить все данные, указанные в данной форме. Я подтверждаю, что, по имеющимся у меня данным, вышеизложенная информация является достоверной и точной.

Подпись: _____

Кем приходится пациенту: _____

Дата: _____