



Как подать заявку на помощь в оплате медицинских счетов в Scripps

Ознакомьтесь со всей информацией до начала заполнения формы.

При вашем обращении за помощью в оплате медицинских услуг в Scripps мы сверяемся с двумя разными программами. Одна из них называется программой Scripps Charity Care, а другая — программой Discount Payment. Чтобы иметь право на получение помощи по этим программам, ваша семья должна зарабатывать не более определенной суммы.

Для программы Scripps Charity Care:

- Для получения полной помощи ваша семья должна зарабатывать сумму, равную или ниже 200% от федерального уровня бедности.
- Если ваша семья зарабатывает больше — от 201% до 400% от этого уровня, вы можете получить частичную помощь или скидки на оплату.

Очень важно предоставить в Scripps всю запрашиваемую информацию. Тогда мы сможем найти оптимальный вариант помощи для вас. После предоставления всех необходимых документов, в течение 30 дней вы получите письмо с уведомлением о том, будет ли вам оказываться помощь в оплате медицинских счетов.

ЭТАП 1: Ознакомьтесь с приведенным ниже списком и выберите лучший вариант того, сколько вы зарабатываете. Приложите копии всех документов. Не отправляйте оригиналы документов, поскольку вы их не получите назад. Если вы забудете приложить какие-то документы, рассмотрение вашей заявки может занять больше времени или вы можете не получить помощь по этой программе.

Вид дохода	Запрашиваемые документы
Заработная плата	Копия индивидуальной налоговой декларации (1040 за текущий налоговый год) ИЛИ Копия двух последних зарплатных квитанций
Доход от самозанятости	Копия индивидуальной налоговой декларации (1040 за текущий налоговый год, включая график C)
Социальное обеспечение/ пенсионные выплаты	Копия индивидуальной налоговой декларации (1040 за текущий налоговый год) ИЛИ Копия письма из службы социального обеспечения с указанием ежемесячной выплаты
Выплаты по инвалидности	Копия индивидуальной налоговой декларации (1040 за текущий налоговый год) ИЛИ Копия уведомления о выплате пособия по инвалидности
Выплаты по безработице	Копия индивидуальной налоговой декларации (1040 за текущий налоговый год) ИЛИ Копия письма с указанием суммы ежемесячной выплаты

ЭТАП 2. Заполните и подпишите прилагаемую форму заявки.

Нуждаетесь в помощи в оформлении заявки? ПОЗВОНИТЕ в отдел финансовой помощи Scripps по телефону (877) 727-4777 с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00

ЭТАП 3. Отправьте форму заявки со всеми документами по почте на адрес:

Patient Financial Services Attn: Financial Assistance
Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127

ИЛИ вы можете отправить заявку и прилагаемые документы по ФАКСУ

Факс: (858) 927-5041



Заявка на финансовую помощь пациенту

Информация о заявителе (поручителе)

ФИО (имя, среднее имя, фамилия)		Дата рождения (DOB) (мм/дд/гггг)	
Домашний адрес		Город, штат, почтовый индекс	
Домашний/мобильный телефон	Номер счета поручителя	Номер медицинской карточки	Номер социального страхования
ФИО супруга/супруги/опекуна (имя, среднее имя, фамилия)		Дата рождения (DOB) (мм/дд/гггг)	
Домашний/мобильный телефон		Номер социального страхования	
Будет ли ваш(а) супруг(а) также подавать заявку на финансовую помощь? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Идентификационный номер заявителя:	Номер медицинской карточки	

СЕМЬЯ ДОМОХОЗЯЙСТВО/ИЖДИВЕНЦЫ

Размер домохозяйства: _____ Укажите число членов семьи, проживающих вместе с вами в вашем доме, например, супруг/супруга, признанный домашний партнер, а также дети-иждивенцы в возрасте до 21 года или инвалиды любого возраста. Включите других недееспособных детей-иждивенцев лица, которое осуществляет уход за пациентом.

Фамилия:	Имя:	Дата рождения:	Номер медицинской карточки:
Фамилия:	Имя:	Дата рождения:	Номер медицинской карточки:
Фамилия:	Имя:	Дата рождения:	Номер медицинской карточки:
Фамилия:	Имя:	Дата рождения:	Номер медицинской карточки:

Источник дохода	Заявитель	Созаявитель	Совокупный месячный доход
Работающий/самозанятый			
Номер социального страхования			
Выплаты по инвалидности			
Рента			
Алименты			
Другое			

ФИНАНСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КРЕДИТНОЙ ИСТОРИИ

Я гарантирую, что все, изложенное в данной заявке, является правдивым и правильным. Все прилагаемые документы являются настоящими копиями оригиналов. Я понимаю, что предоставлять неправдивую информацию незаконно и в таком случае я не получу помощи по этой программе.

Scripps Health может проверить мою кредитную историю и другие источники информации, чтобы узнать, отвечаю ли я требованиям программы

Подпись пациента/поручителя X	Дата (мм/дд/гггг)
Подпись супруга/супруги//поручителя пациента X	Дата (мм/дд/гггг)

Мы отправим вам уведомление, в котором сообщим, сможете ли вы получить помощь по оплате медицинских счетов