

## Mat-Su Regional Medical Center

---

Тема:	Первая публикация	<u>2/1998</u>
ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ	Дата пересмотра	<u>11/2015</u>
	Дата пересмотра	<u>02/2018</u>

---

### **ДЕКЛАРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ:**

Для удовлетворения потребности населения в услугах здравоохранения и соблюдения требований учредительного договора больница **Mat-Su Regional Medical Center** предоставляет финансовую помощь пациентам, не имеющим финансовых средств для оплаты стационарных, амбулаторных и неотложных услуг, оказанных больницей. Финансовая помощь может полностью или частично покрывать стоимость медицинского ухода, на оплату которого у пациентов нет финансовых средств, но она ограничивается только неотложными и необходимыми по медицинским показаниям услугами. В понимании этой Политики «необходимые по медицинским показаниям» услуги — это медицинские услуги, соответствующие критериям медицинской необходимости Medicare.

Финансовая помощь предоставляется всем пациентам вне зависимости от их расовой принадлежности, вероисповедания, цвета кожи или национального происхождения, классифицируемых как необеспеченные с финансовой точки зрения или необеспеченные с медицинской точки зрения в соответствии с квалификационными критериями больницы, изложенными в этой Политике финансовой помощи. Если в какое-либо время помощь, предоставляемая в соответствии с этой Политикой, перестанет удовлетворять требованиям учредительного договора или появится тенденция, которая приведет к нарушению учредительного договора, больница безотлагательно внесет изменения для устранения такого нарушения и передаст их совету директоров на утверждение.

### **ЦЕЛЬ:**

Надлежащим образом определить пациентов, являющихся необеспеченными с финансовой точки зрения или необеспеченными с медицинской точки зрения и не отвечающим требованиям программ финансовой помощи федерального уровня и/или уровня штата или других видов помощи, и предоставить им финансовую помощь для оплаты полученных стационарных, амбулаторных и неотложных медицинских услуг в соответствии с правилами предоставления финансовой помощи.

### **ПРАВО НА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ УХОД**

#### **1. НЕОБЕСПЕЧЕННЫЙ С ФИНАНСОВОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ:**

- A. Необеспеченный с финансовой точки зрения пациент — это лицо, принятое для оказания медицинской помощи без обязательств или с уменьшенными обязательствами по оплате услуг на основании критериев больницы, установленных в этих положениях.
- B. Чтобы пациент мог претендовать на финансовую помощь как необеспеченный с финансовой точки зрения, общий доход семьи такого пациента должен быть 400 % федерального прожиточного минимума штата Аляска или менее. При определении права на получение финансовой помощи больница может принимать во внимание другие

финансовые активы и обязательства лица.

- C. Для определения права пациента на финансовую помощь в качестве необеспеченного с финансовой точки зрения больница использует Положения о федеральном прожиточном минимуме штата Аляска, выпущенные Департаментом здравоохранения и социального обеспечения США. Положения о федеральном прожиточном минимуме штата Аляска публикуются в Федеральном реестре ежегодно в январе или феврале и в целях этой Процедуры вступает в силу в первый день месяца, следующего за месяцем опубликования.
- D. Незастрахованные пациенты, которые не обращаются за финансовой помощью или не отвечают критериям ее получения, имеют право на скидку на основании политики больницы в отношении скидок для незастрахованных пациентов.
- E. Больница может периодически корректировать критерии правомочности, получая одобрение совета директоров, на основании финансовых ресурсов больницы и по мере необходимости для удовлетворения потребности населения.

## **2. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ПРАВОМОЧНОСТЬ:**

- A. Пациенты, имеющие покрытие Medicaid других штатов, где больница не является утвержденным поставщиком услуг и где правила регистрации и возмещения Medicaid других штатов не разрешают больнице стать таким поставщиком, могут претендовать на финансовую помощь после подтверждения наличия у них покрытия Medicaid в даты получения услуг. Других документов для утверждения заявления на получение помощи не требуется. От пациента не будет требоваться официального заявления на получение помощи. В качестве доказательства правомочности больница может представить заявление и подтверждение покрытия.
- B. Пациенты программы Medicaid, исчерпавшие свое медицинское страховое покрытие и льготы, также имеют право на финансовую помощь в отношении больничных услуг, необходимых по медицинским показаниям.
- C. Скончавшиеся пациенты без имущества автоматически получают право на финансовую помощь.

## **НЕОБЕСПЕЧЕННЫЙ С МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ:**

- A. Пациент, не обеспеченный с медицинской точки зрения, — это лицо, чьи медицинские счета после оплаты сторонними плательщиками превышают определенный процент его годового дохода до уплаты налогов, определенного в этом документе, и которое не может оплатить оставшуюся сумму счета.
- B. Чтобы пациент мог претендовать на финансовую помощь как необеспеченный с медицинской точки зрения, его задолженность по медицинским счетам за предыдущий 12-месячный период после оплаты сторонними плательщиками должна превышать 25 % годового дохода пациента до уплаты налогов и пациент должен быть не в состоянии оплатить оставшуюся сумму счета. При определении платежеспособности больница может принимать во внимание другие финансовые активы и обязательства лица.
- C. Определение способности пациента полностью или частично оплатить оставшуюся сумму счета основывается на том, можно ли, по мнению больницы, обоснованно ожидать от этого пациента полной или частичной оплаты в течение 3 лет.
- D. Определение способности пациента полностью или частично оплатить оставшуюся сумму счета основывается на том, можно ли, по мнению больницы, обоснованно ожидать

от этого пациента полной или частичной оплаты в течение 3 лет.

- E. Если больница установит, что пациент был в состоянии оплатить оставшуюся сумму счета, это не означает невозможности повторной оценки платежеспособности пациента позднее, если финансовое положение пациента изменится.

## **ОГРАНИЧЕНИЯ ВЗИМАЕМЫХ С ПАЦИЕНТОВ СУММ**

- A. За неотложную и другую необходимую по медицинским показаниям помощь больница не взимает с пациентов, имеющих право на финансовую помощь, более «процента AGB» (amounts generally billed, «суммы, обычно включаемые в счет») от полной стоимости до применения каких-либо договорных компенсаций, скидок или вычетов за услуги, предоставленные в рамках такой медицинской помощи. Сумма, включаемая в счет пациенту, имеющему право на финансовую помощь, не будет превышать процент AGB.
- B. Процент AGB, используемый в соответствии с этим разделом, рассчитывается по ретроспективному методу согласно определению таких методов в федеральном налоговом законодательстве. Больница подготовила документ, расположенный на веб-сайте: [www.matsuregional.com](http://www.matsuregional.com) во вкладке Community (Сообщество), в котором приводится процент AGB, используемый в текущем году, и подробно описывается метод расчета этого процента.

## **УЧАСТИЕ В ЭТОЙ ПОЛИТИКЕ**

- A. Эта политика относится ко всей неотложной медицинской помощи и необходимым по медицинским показаниям услугам, предоставляемые больницей и ее сотрудниками.
- B. Эта политика относится ко всей неотложной медицинской помощи и необходимым по медицинским показаниям услугам, предоставляемые больницей и ее сотрудниками.
- C. Список всех сторонних поставщиков, оказывающих неотложную медицинскую помощь и необходимые по медицинским показаниям услуги в больнице по контракту, находится на веб-сайте [www.matsuregional.com](http://www.matsuregional.com), во вкладке Community (Сообщество). В списке указано, использует ли каждый из сторонних поставщиков критерии и процедуры предоставления финансовой помощи, установленные этой политикой.

## **ПРОЦЕДУРА**

### **1. Информирование о программе помощи:**

- A. В публичных местах во всех зданиях больницы размещены объявления на английском Приложение А и на русском (Приложение В) языках. По одному объявлению, информирующему о доступной финансовой помощи и критериях ее получения, будет размещено в каждом приемном отделении, по одному — в вестибюлях отделений неотложной и экстренной помощи и по одному — в каждом офисе финансовых консультантов.
- B. Всех пациентов, самостоятельно оплачивающих услуги, просят заполнить форму финансовой помощи (форма FA),  
*прилагаемую на английском и на русском языках, во время регистрации или финансовой консультации.*
- C. Больница бесплатно предоставляет письменную информацию о доступности финансовой помощи во время регистрации каждого пациента или по запросу в любое другое время.
- D. Больница размещает информацию о доступности финансовой помощи и текст этой

политики в легко доступном месте на веб-сайте больницы.

- E. Больница размещает информацию о доступности финансовой помощи на видном месте на всех выставляемых счетах.
- F. Больница предпринимает другие действия, которые руководство больницы считает надлежащими для уведомления и информирования населения о доступности финансовой помощи.

## 2. Процедуры оценке заявлений:

- A. Все самостоятельно оплачиваемые счета рассматриваются для определения потенциального права на Medicaid или покрытие из других источников, включая государственные программы. Форма FA заполняется, если в ходе такого рассмотрения устанавливается, что пациент не может претендовать на покрытие каких-либо других программ.
- B. Форма FA передается в коммерческий отдел, где финансовый консультант или руководитель коммерческого отдела принимает окончательное решение.
- C. Если после рассмотрения заявления и подтверждающих документов финансовый консультант устанавливает, что пациент имеет право на финансовую помощь, консультант подает полностью заполненную и утвержденную форму FA руководителю коммерческого отдела на утверждение, прежде чем произвести списание.
- D. Для обработки заявления требуются следующие документы: копии текущих ежемесячных расходов/счетов, копии декларации о подоходном налоге за прошлый год, копии текущей зарплатной выписки, подтверждение любых других доходов, копии всех банковских выписок за последние 3 месяца и копии всех других медицинских счетов. Больница может запросить кредитный отчет, чтобы проверить сведения и установить, имеются ли кредитные карты, которые могут быть использованы для полной или частичной оплаты остатка счета. Если пациент/поручитель указывает доход и сведения о банковском счете и указывает, что не подает налоговую декларацию, требуется кредитный отчет, который должен быть рассмотрен для выявления противоречащих сведений, которые бы указывали на наличие дохода. Однако если пациент уже имеет покрытие Medicaid или другой аналогичной федеральной программы или программы штата (напр. «Планирование семьи»), кредитный отчет не требуется, так как проверка доходов уже была выполнена как условие покрытия пациента в рамках такой программы. Если пациент не может объяснить, почему кредитный отчет содержит противоречащие сведения, такие как текущие открытые кредитные линии, текущие ипотечные займы, действительные кредитные карты (одно или несколько из вышеназванного) или кредитный рейтинг выше 600, ему может быть отказано в финансовой помощи. Приемлемые разъяснения, такие как недавняя потеря работы, должны быть подтверждены документами, например уведомлением о расторжении трудового договора или письмом от бывшего работодателя о том, что пациент/поручитель не является сотрудником с такой-то даты. Низкий кредитный рейтинг (ниже 350) служит подтверждением таких утверждений, как «не подаю налоговую декларацию или не имею банковского счета». Если пациент/поручитель указывает, что не подает федеральную налоговую декларацию, больница потребует от пациента/поручителя заполнить форму IRS 4506-T (запрос копии налоговой декларации). Пациент/поручитель должен заполнить строки 1–5, после того как больница заполнит строки 6–9. Больница заполняет строку 6, указывая в ней «1040», и отмечает поля 6(a) и 7. В поле 9 больница вводит прошлый год и последние 3 года. (Приложение F — пример и незаполненная форма).
- E. В кратчайшие возможные сроки финансовый консультант обратится в компанию, которая может работать с этим делом, чтобы прекратить все меры по взысканию с этого дела.
- F. Если форма FA заполнена не полностью, финансовый консультант должен будет связаться с пациентом по почте или по телефону, чтобы получить требуемую

информацию.

- G. Заявления, которые остаются неполными по прошествии 45 дней, могут быть отклонены.
- H. После получения требуемой информации заявления может быть возвращено на рассмотрение.
- I. Руководитель коммерческого отдела (или его заместитель) должен рассмотреть каждое заявление, чтобы убедиться, что приложены все необходимые документы, прежде чем передавать его на рассмотрение и утверждение финансовому или генеральному директору. Все графы заявления должны быть заполнены правильно. Прочерки в графах, напр. в графе доходов, недопустимы. Если доход равен нулю, в графе нужно указать нули.
- J. Пациентам Medicaid, которые получают покрываемые услуги, отвечающие критериям медицинской необходимости Medicare, но исчерпали лимит льгот, предоставляемый штатом (напр. ограниченное число дней в стационаре или посещений отделения неотложной помощи в год), не нужно подавать подтверждающие документы, если их покрытие Medicaid в даты получения услуг было полностью подтверждено.

### **3. ФАКТОРЫ, УЧИТЫВАЕМЫЕ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

A. При определении права пациента на финансовую помощь учитываются следующие факторы:

1. Доход до уплаты налогов
2. Количество членов семьи
3. Статус занятости и способность зарабатывать в будущем
4. Другие финансовые ресурсы
5. Другие финансовые обязательства
6. Суммы и частота получения счетов больницы и других медицинских счетов

B. Касающиеся доходов правила, необходимые для определения права на финансовую помощь лицу как необеспеченному с финансовой точки зрения и минимальные скидки, которые должны применяться к соответствующим тарифам, приводятся в Приложении O. Действующие положения о федеральном прожиточном минимуме штата Аляска приведены в Приложении D и содержат определения следующих терминов:

1. Семья
2. Доход

### **4. НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НЕОБХОДИМОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Непредоставление сведений, необходимых для выполнения финансовой оценки, в течение 45 дней со дня запроса может привести к отрицательному решению. После получения требуемой информации дело может быть пересмотрено, если информация будет получена в течение 240 дней с первой даты выставления счета пациенту.

### **5. СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ПРАВОМОЧНОСТИ**

Решение о правомочности принимается коммерческим отделом в течение 30 рабочих дней после получения всей информации, необходимой для принятия решения.

После принятия решения о правомочности результаты документируются в разделе комментариев в деле пациента, а заполненная и утвержденная форма FA прикрепляется к листу корректировки и сохраняется для целей аудита. Генеральный директор, финансовый директор и руководитель коммерческого отдела подтверждают рассмотрение и утверждение списание суммы, поставив свою подпись в нижней части формы заявления на благотворительное медицинское обслуживание/финансовую помощь. Требование о подписях основано на финансовой политике CHS, касающейся утверждения корректировок.

## **7. ПРОЦЕДУРЫ РАССМОТРЕНИЯ:**

- A. После утверждения финансовой помощи дело переводится в соответствующий финансовый класс, пока корректировка не будет обработана и внесена/присвоена делу. Если после внесения корректировки имеется какой-либо остаток, причитающийся к оплате пациентом, финансовый класс меняется на самостоятельную оплату.
- B. После списания в качестве безнадежного долга (в соответствии с Политикой больницы в отношении безнадежных долгов) и истечения не менее 240 дней после даты отправки больницей по почте первого платежного требования за соответствующие услуги финансовая помощь для покрытия этой услуги более не может быть предоставлена.

1.

- C. Если пациент не в состоянии оплатить причитающийся остаток суммы, см. «Политику в отношении цикла взыскания задолженностей»: [www.matsuregional.com](http://www.matsuregional.com), вкладка Community (Сообщество).

## **8. ОТЧЕТНОСТЬ ПО ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

Информация о сумме финансовой помощи, выделенной больницей, за финансовый год больницы, обобщается и включается в годовой отчет, подаваемый совету директоров больницы Mat-Su Valley Medical Center, LLC. Эти отчеты также содержат информацию о обеспечении финансируемого правительства здравоохранения для нуждающихся и других льгот на уровне округа.

## Приложение А ПОЛИТИКА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Больница предоставляет финансовую помощь лицам, не способным платить за медицинский уход.

**Чтобы иметь право на получение финансовой помощи, вы должны:**

- не иметь других источников оплаты, таких как страхование или сбережения, или иметь больничные счета, превышающие ваши финансовые возможности;
- Заполнить не иметь других источников оплаты, таких как страхование или сбережения, или иметь больничные счета, превышающие ваши финансовые возможности;

Формы и информацию, необходимые для обращения за финансовой помощью, можно получить по запросу или найти на веб-странице больницы: [www.matsuregional.com](http://www.matsuregional.com), во вкладке Community (Сообщество).

Заполните форму заявления на участие в программе финансовой помощи и подайте ее Финансовому консультанту Пэт Аллен (Pat Allen, Financial Counselor), Mat-Su Regional Medical Center. Заполненную форму также можно направить по почте по адресу:

MatSu Regional Medical Center  
PO Box 1687  
Palmer, Alaska 99645  
Attention: Pat, Financial Counselor (907) 861-6579

Формы заявления на двух языках, английском и русском, доступны на веб-сайте: [www.matsuregional.com](http://www.matsuregional.com), во вкладке Community (Сообщество).

## **Приложение В**

An "Availability of Financial Assistance" sign will be provided in Russian.

### **ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Данная больница оказывает медицинские услуги пациентам, которые не могут заплатить за свое лечение.

Для получения права на бесплатное медицинское обслуживание Вам необходимо соответствовать следующим критериям:

- не иметь дополнительных источников оплаты услуг, например, страховки, правительственных пособий или сбережений; либо
- иметь больничные счета на сумму, превышающую объем имеющихся денежных средств; а также
- предоставить документы, подтверждающие размер и источник дохода; и
- заполнить заявление с указанием всей необходимой для больницы информации.

Бланк заявления на оказание бесплатного медицинского обслуживания, а также любая дополнительная информация предоставляются по запросу.

Имя пациента:

\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

[patient label]



## Mat-Su Regional Medical Center

### Приложение С

Заявление на участие в программе финансовой помощи на английском языке

Номер дела пациента \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

#### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

#### РОДИТЕЛЬ/ПОРУЧИТЕЛЬ/СУПРУГ(-А)

Имя \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_

Продолжительность  
трудоустройства \_\_\_\_\_

Продолж-ть трудоустройства \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

#### РЕСУРСЫ

Чековый счет: Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Автомобиль 1: Год \_\_\_ Марка \_\_\_ Модель \_\_\_

Сберегательный счет: Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Автомобиль 2: Год \_\_\_ Марка \_\_\_ Модель \_\_\_

Автомобиль 3: Год \_\_\_ Марка \_\_\_ Модель \_\_\_

Наличные: \$ \_\_\_\_\_

## Mat-Su Regional Medical Center

### Приложение С (продолжение)

#### Заявление на участие в программе финансовой помощи

#### ДОХОД

Зарплата пациента/поручителя (продолжение)	\$ _____	Зарплата супруга(-и)/2-го родителя (продолжение)	\$ _____
Другие доходы Пособие на ребенка	\$ _____	Другие доходы Пособие на ребенка	\$ _____
Пособия от Управления по пособиям ветеранам (VA)	\$ _____	Пособия от Управления по делам ветеранов (VA)	\$ _____
Компенсация за ущерб на рабочем месте	\$ _____	Компенсация за ущерб на рабочем месте	\$ _____
Дополнительный социальный доход (SSI)	\$ _____	Дополнительный социальный доход (SSI)	\$ _____
Прочее	\$ _____	Прочее	\$ _____

#### ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

Аренда жилья \_\_\_\_\_ Владение \_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_  
Арендодатель/Держатель ипотеки \_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_ Ежемесячные платежи \$ \_\_\_\_\_

#### ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

приложить Для обработки вашего заявления на финансовую помощь необходимо следующие документы.

**Подтверждение доходов:** Декларация о подоходном налоге за предыдущий год, последние 4 зарплатных выписки, письмо от работодателя, социальное страхование и пр. Выписки с банковских счетов за последние 3 месяца. Другие документы по запросу.

**Подтверждение расходов:** Копия ипотечного или арендного договора, копии всех ежемесячных счетов (включая кредитные карты, банковские ссуды, ссуды на автомобиль, страховые платежи, плату за коммунальные услуги, кабельное ТВ и мобильные телефоны). Другие документы по запросу.

Информация, указанная в этом заявлении, подлежит проверке сотрудниками больницы и была представлена с целью определения моей способности оплатить задолженность. Я понимаю, что представление мной ложной информации приведет к отказу в финансовой помощи со стороны больницы.

Больница оставляет за собой право запросить копию вашего кредитного отчета.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Представитель больницы, заполняющий заявление: \_\_\_\_\_

**Подписи подтверждают, что вы ознакомились с заявлением и подтверждающей**

---

**документацией и считаете, что информация соответствует требованиям политики.**

Утверждение/одобрение благотворительного списания

Утвержденная сумма \$ \_\_\_\_\_

Руководитель коммерческого отдела \_\_\_\_\_ Генеральный директор \_\_\_\_\_

Финансовый директор \_\_\_\_\_

**Форма заявления на предоставление финансовой помощи  
Региональный медицинский центр Mat-Su  
Заявление на участие в Программе благотворительной  
поддержки/финансовой помощи**

Стр. 1 из 2

**Приложение С**

**Заявление на участие в программе финансовой помощи на английском языке**

Номер дела пациента \_\_\_\_\_ Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**

**РОДИТЕЛЬ/ПОРУЧИТЕЛЬ/СУПРУГ(-А)**

Имя \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Штат/Индекс \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_

Продолжительность  
трудоустройства \_\_\_\_\_

Продолж-ть трудоустройства \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

**РЕСУРСЫ**

Чековый счет:    Да \_\_\_            Нет \_\_\_

Автомобиль 1: Год \_\_\_ Марка \_\_\_ Модель \_\_\_

Сберегательный счет:    Да \_\_\_            Нет \_\_\_

Автомобиль 2: Год \_\_\_ Марка \_\_\_ Модель \_\_\_

Автомобиль 3: Год \_\_\_ Марка \_\_\_ Модель \_\_\_

Наличные: \$ \_\_\_\_\_

**Региональный медицинский центр Mat-Su**  
**Заявление на участие в Программе благотворительной поддержки/финансовой помощи**

Стр. 2 из 2

**ДОХОД**

Зарплата пациента/поручителя (продолжение)	\$ _____	Зарплата супруга(-и)/2-го родителя (продолжение)	\$ _____
Другие доходы	\$ _____	Другие доходы	\$ _____
Пособие на ребенка	\$ _____	Пособие на _____	\$ _____
Пособия от Управления по пособиям ветеранам (VA)	\$ _____	Пособия от Управления по делам ветеранов (VA)	\$ _____
Компенсация за ущерб на рабочем месте	\$ _____	Компенсация за ущерб на рабочем месте	\$ _____
Дополнительный социальный доход (SSI)	\$ _____	Дополнительный социальный доход (SSI)	\$ _____
Прочее	\$ _____	Прочее	\$ _____

**ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ**

Аренда жилья \_\_\_\_\_ Владение \_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_  
Арендодатель/Держатель ипотеки \_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_ Ежемесячные платежи \$ \_\_\_\_\_

**ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

приложить Для обработки вашего заявления на финансовую помощь необходимо следующие документы.

**Подтверждение доходов:** Декларация о подоходном налоге за предыдущий год, последние 4 зарплатных выписки, письмо от работодателя, социальное страхование и пр. Выписки с банковских счетов за последние 3 месяца. Другие документы по запросу.

**Подтверждение расходов:** Копия ипотечного или арендного договора, копии всех ежемесячных счетов (включая кредитные карты, банковские ссуды, ссуды на автомобиль, страховые платежи, плату за коммунальные услуги, кабельное ТВ и мобильные телефоны). Другие документы по запросу.

Информация, указанная в этом заявлении, подлежит проверке сотрудниками больницы и была представлена с целью определения моей способности оплатить задолженность. Я понимаю, что представление мной ложной информации приведет к отказу в финансовой помощи со стороны больницы.

**Больница оставляет за собой право запросить копию вашего кредитного отчета.**

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Представитель больницы, заполняющий заявление: \_\_\_\_\_

**Подписи подтверждают, что вы ознакомились с заявлением и подтверждающей документацией и считаете, что информация соответствует требованиям политики.**

**Утверждение/одобрение благотворительного списания**

Утвержденная сумма \$ \_\_\_\_\_

Руководитель коммерческого отдела \_\_\_\_\_ Генеральный директор \_\_\_\_\_

Финансовый директор \_\_\_\_\_

Приложение D

Положения о прожиточном минимуме 2019 г.



**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ**

**ПОЛОЖЕНИЯ О ФЕДЕРАЛЬНОМ ПРОЖИТОЧНОМ МИНИМУМЕ ШТАТА АЛЯСКА  
2019 Дата вступления в силу: 13 января 2019 г.**

**ЧТОБЫ ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ, ДОХОД ДОЛЖЕН БЫТЬ В ПРЕДЕЛАХ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЖИТОЧНОГО МИНИМУМА ШТАТА АЛЯСКА, КАК УКАЗАНО НИЖЕ**

ДОМОХОЗЯЙСТВО	ДОХОД В МЕСЯЦ			
	100 %	200%	300%	400%
1	\$1,300	\$2,600	\$3,900	\$5,200
2	\$1,760	\$3,520	\$5,280	\$7,040
3	\$2,221	\$4,442	\$6,663	\$8,884
4	\$2,682	\$5,364	\$8,046	\$10,728
5	\$3,143	\$6,286	\$9,429	\$12,572
6	\$3,600	\$7,200	\$10,800	\$14,400
7	\$4,065	\$8,130	\$12,195	\$16,260
8	\$4,525	\$9,050	\$13,575	\$18,100
НА КАЖДОГО ДОПОЛНИТЕЛЬН ОГО ЧЕЛОВЕКА ДОБАВЬТЕ	\$450	\$900	\$1,350	\$1,800
СКИДКА	100%	80%	60%	40%

*Не полностью заполненные заявления не будут рассматриваться в рамках программы финансовой помощи.*

# ПРИЛОЖЕНИЕ Е

(Приложите незаполненную форму IRS 4506-T и образец заполненной формы)

<b>Form 4506-T</b> (Rev. September 2013) Department of the Treasury Internal Revenue Service		<b>Request for Transcript of Tax Return</b> ▶ Do not sign this form unless all applicable lines have been completed. ▶ Request may be rejected if the form is incomplete or illegible. ▶ For more information about Form 4506-T, visit <a href="http://www.irs.gov/form4506t">www.irs.gov/form4506t</a> .		OMB No. 1545-1872	
<b>Tip.</b> Use Form 4506-T to order a transcript or other return information free of charge. See the product list below. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at <a href="http://irs.gov">irs.gov</a> and click on "Get a Tax Transcript..." under "Tools" or call 1-800-958-9945. If you need a copy of your return, use Form 4506, Request for Copy of Tax Return. There is a fee to get a copy of your return.					
<b>1a</b> Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.		<b>1b</b> First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)			
<b>2a</b> If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.		<b>2b</b> Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return			
<b>3</b> Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)					
<b>4</b> Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)					
<b>5</b> If the transcript or tax information is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.					
<b>Caution:</b> If the tax transcript is being mailed to a third party, ensure that you have filed in lines 6 through 9 before signing. Sign and date the form once you have filed in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax transcript to the third party listed on line 5, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your transcript information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.					
<b>6</b> Transcript requested. Enter the tax form number here (1040, 1065, 1120, etc.) and check the appropriate box below. Enter only one tax form number per request. ▶					
<b>a</b> Return Transcript, which includes most of the line items of a tax return as filed with the IRS. A tax return transcript does not reflect changes made to the account after the return is processed. Transcripts are only available for the following returns: Form 1040 series, Form 1065, Form 1120, Form 1120-A, Form 1120-H, Form 1120-L, and Form 1120S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years. Most requests will be processed within 10 business days <input type="checkbox"/>					
<b>b</b> Account Transcript, which contains information on the financial status of the account, such as payments made on the account, penalty assessments, and adjustments made by you or the IRS after the return was filed. Return information is limited to items such as tax liability and estimated tax payments. Account transcripts are available for most returns. Most requests will be processed within 10 business days <input type="checkbox"/>					
<b>c</b> Record of Account, which provides the most detailed information as it is a combination of the Return Transcript and the Account Transcript. Available for current year and 3 prior tax years. Most requests will be processed within 10 business days <input type="checkbox"/>					
<b>7</b> Verification of Nonfiling, which is proof from the IRS that you did not file a return for the year. Current year requests are only available after June 15th. There are no availability restrictions on prior year requests. Most requests will be processed within 10 business days <input type="checkbox"/>					
<b>8</b> Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript. The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns. State or local information is not included with the Form W-2 information. The IRS may be able to provide this transcript information for up to 10 years. Information for the current year is generally not available until the year after it is filed with the IRS. For example, W-2 information for 2011, filed in 2012, will likely not be available from the IRS until 2013. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Most requests will be processed within 10 business days <input type="checkbox"/>					
<b>Caution:</b> If you need a copy of Form W-2 or Form 1099, you should first contact the payer. To get a copy of the Form W-2 or Form 1099 filed with your return, you must use Form 4506 and request a copy of your return, which includes all attachments.					
<b>9</b> Year or period requested. Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than four years or periods, you must attach another Form 4506-T. For requests relating to quarterly tax returns, such as Form 941, you must enter each quarter or tax period separately.					
<b>Caution:</b> Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.					
<b>Signature of taxpayer(s).</b> I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax information requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506-T on behalf of the taxpayer. Note: For transcripts being sent to a third party, this form must be received within 120 days of the signature date.					
<input type="checkbox"/> Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506-T. See instructions.		Phone number of taxpayer on line 1a or 2a			
<b>Sign Here</b>	Signature (see instructions)		Date		
	Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)				
	Spouse's signature		Date		
For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 2.			Cat. No. 37667N		Form 4506-T (Rev. 9-2013)

**Request for Transcript of Tax Return**

▶ Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.  
 ▶ Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.  
 ▶ For more information about Form 4506-T, visit [www.irs.gov/form4506t](http://www.irs.gov/form4506t).

OMB No. 1545-1872

**Tip.** Use Form 4506-T to order a transcript or other return information free of charge. See the product list below. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at [IRS.gov](http://IRS.gov) and click on "Get a Tax Transcript..." under "Tools" or call 1-800-908-9946. If you need a copy of your return, use Form 4506, Request for Copy of Tax Return. There is a fee to get a copy of your return.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.  Patient A	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)  000-00-0000
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions) Patient A, PO Box Palmer AK 99645	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5 If the transcript or tax information is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.	

**Caution:** If the tax transcript is being mailed to a third party, ensure that you have filled in lines 6 through 9 before signing. Sign and date the form once you have filled in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax transcript to the third party listed on line 5, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your transcript information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.

6 **Transcript requested.** Enter the tax form number here (1040, 1065, 1120, etc.) and check the appropriate box below. Enter only one tax form number per request. ▶ 1040

a **Return Transcript**, which includes most of the line items of a tax return as filed with the IRS. A tax return transcript does not reflect changes made to the account after the return is processed. Transcripts are only available for the following returns: Form 1040 series, Form 1065, Form 1120, Form 1120-A, Form 1120-H, Form 1120-L, and Form 1120S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years. Most requests will be processed within 10 business days . . . . .

b **Account Transcript**, which contains information on the financial status of the account, such as payments made on the account, penalty assessments, and adjustments made by you or the IRS after the return was filed. Return information is limited to items such as tax liability and estimated tax payments. Account transcripts are available for most returns. Most requests will be processed within 10 business days . . . . .

c **Record of Account**, which provides the most detailed information as it is a combination of the Return Transcript and the Account Transcript. Available for current year and 3 prior tax years. Most requests will be processed within 10 business days . . . . .

7 **Verification of Nonfiling**, which is proof from the IRS that you did not file a return for the year. Current year requests are only available after June 15th. There are no availability restrictions on prior year requests. Most requests will be processed within 10 business days . . . . .

8 **Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript.** The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns. State or local information is not included with the Form W-2 information. The IRS may be able to provide this transcript information for up to 10 years. Information for the current year is generally not available until the year after it is filed with the IRS. For example, W-2 information for 2011, filed in 2012, will likely not be available from the IRS until 2013. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Most requests will be processed within 10 business days . . . . .

**Caution:** If you need a copy of Form W-2 or Form 1099, you should first contact the payer. To get a copy of the Form W-2 or Form 1099 filed with your return, you must use Form 4506 and request a copy of your return, which includes all attachments.

9 **Year or period requested.** Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than four years or periods, you must attach another Form 4506-T. For requests relating to quarterly tax returns, such as Form 941, you must enter each quarter or tax period separately.

12 / 31 / 2015	12 / 31 / 2014	12 / 31 / 2013	12 / 31 / 2012
----------------	----------------	----------------	----------------

**Caution:** Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

**Signature of taxpayer(s).** I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax information requested, if the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506-T on behalf of the taxpayer. **Note:** For transcripts being sent to a third party, this form must be received within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506-T. See instructions.

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

**Sign Here**

Signature (see instructions) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust) \_\_\_\_\_

Spouse's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_