

**Exhibit A
FINANCIAL ASSISTANCE POLICY**

This hospital will provide financial assistance to persons who are unable to pay for their care.

In order to be eligible for assistance, you must:

- **Have no other source of payment such as insurance, or savings; or have hospital bills beyond your financial resources; and**
- **Complete an application and provide information required by the hospital, including proof of income and financial resources.**

Forms and information about applying for financial assistance are available upon request, or on hospitals web page at www.matsuregional.com, on the “Community Resources” tab.

Please complete the Financial Assistance Application and return the completed form to: Pat Allen, Financial Counselor, Mat-Su Regional Medical Center, or the completed form may be mailed to the following address:

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

Our FA application is provided in two languages, English and Russian, available at www.matsuregional.com, on the “Community Resources” tab.

Exhibit B

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.

PATIENT NAME:

DATE:

[patient label]

Mat-Su Regional Medical Center

Exhibit C Financial Assistance Program Application-English

Patient Account Number _____

Date of Application _____

PATIENT INFORMATION

PARENT/GUARANTOR/SPOUSE

Name _____

Name _____

Address _____

Address _____

City _____

City _____

State/Zip _____

State/Zip _____

Employer _____

Employer _____

Address _____

Address _____

City _____

City _____

State/Zip _____

State/Zip _____

Work Phone _____

Work Phone _____

Length of Employment _____

Length of Employment _____

Supervisor _____

Supervisor _____

RESOURCES

Checking: Yes__ No__

Vehicle 1: Yr____ Make. _____ Model _____

Savings: yes__ no__

Vehicle 2: Yr____ Make _____ Model _____

Cash on hand: \$. _____

Vehicle 3: Yr____ Make _____ Model _____

Mat-Su Regional Medical Center

Exhibit C (continued) Financial Assistance Program Application

INCOME

Patient/Guarantor Wages (monthly)	\$ _____	Spouse/2 nd parent Wages (monthly)	\$ _____
Other Income Child Support	\$ _____	Other Income Child Support	\$ _____
VA Benefits	\$ _____	VA Benefits	\$ _____
Worker's Comp	\$ _____	Workers Comp	\$ _____
SSI	\$ _____	SSI	\$ _____
Other	\$ _____	Other	\$ _____

LIVING ARRANGEMENTS

Rent _____ Own _____ Other _____

Landlord/Mortgage Holder _____

Phone number _____ Monthly Payments \$ _____

REQUIRED DOCUMENTS

The following documents must be attached to process your application for Financial Assistance:

Proof of Income: Prior year income tax return, last 4 pay check stubs, letter from employer, Social Security, etc. Last 3 months bank statements. Other documents as requested.

Proof of Expenses: Copy of mortgage payment or rental agreement, copies of all monthly bills (including credit cards, bank loans, car loans, insurance payments, utilities, cable and cell phones). Other documents as requested.

The information provided in this application is subject to verification by the hospital and has been provided to determine my ability to pay my debt. I understand that any false information provided by me will result in denial of any financial assistance by the hospital.

The Hospital reserves the right to pull a copy of your credit report.

Signature of Applicant _____

Hospital Representative Completing Application: _____

The signatures are an indication of your review of the application and supporting documentation and that you find the information to meet policy requirements.

Approval/Authorization of Charity Write-Off

Amount Approved \$ _____

BOM _____

CEO _____

CFO _____

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

Стр. 1 из 2

Учетный номер пациента: _____

Дата обращения: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

РОДИТЕЛЬ/ПОРУЧИТЕЛЬ/СУПРУГ(А)

Имя и фамилия _____

Имя и фамилия _____

Адрес _____

Адрес _____

Город _____

Город _____

Штат/индекс _____

Штат/индекс _____

Номер социального обеспечения _____

Номер социального обеспечения _____

Работодатель _____

Работодатель _____

Адрес _____

Адрес _____

Город _____

Город _____

Штат/индекс _____

Штат/индекс _____

Служебный телефон _____

Служебный телефон _____

Стаж работы _____

Стаж работы _____

Руководитель _____

Руководитель _____

Ресурсы

Чековый счет: да ___ Автомобили 1 Год _____ Марка _____ Модель _____

Сберегательный счет: да ___ Автомобили 1 Год _____ Марка _____ Модель _____

Автомобили 1 Год _____ Марка _____ Модель _____

Наличные средства \$ _____

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

Стр. 2 из 2

ДОХОД

Пациент/поручитель Зарботная плата (в месяц): _____	Супруг(а)/второй родитель: Зарботная плата (в месяц): _____
Иной доход: Алименты \$ _____	Иной доход: Алименты \$ _____
Пособие ветеранам: \$ _____	Пособие ветеранам: \$ _____
Компенсация за вред, причиненный здоровью работника: \$ _____	Компенсация за вред, причиненный здоровью работника: \$ _____
Дополнительная социальная помощь (SSI): \$ _____	Дополнительная социальная помощь (SSI): \$ _____
Другое: \$ _____	Другое: \$ _____

ЖИЛЬЕ

Аренда _____ Собственное _____ Другое (поясните) _____
Арендодатель/залогодержатель: _____
Номер телефона _____ Ежемесячная плата \$ _____

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К вашему заявлению на получение благотворительной поддержки/финансовой помощи необходимо приложить следующие документы:

Подтверждение дохода: декларация по подоходному налогу за прошлый год, корешки последних 4 чеков на выплату заработной платы, письмо от работодателя, органа социального обеспечения и т. д., выписки по банковскому счету за последние 3 месяца. Другие документы по требованию.

Подтверждение расходов: копия договора залога или аренды, копии всех ежемесячных счетов (включая кредитные карты, банковские займы, займы на приобретение автомобиля, страховые платежи, счета за коммунальные услуги, стационарный и мобильный телефон). Другие документы по требованию.

Информация, изложенная в настоящем заявлении, подлежит проверке сотрудниками больницы и была предоставлена с целью определить мою способность погасить задолженность. Я понимаю, что в случае указания мною неверной информации больница откажет мне в предоставлении какой-либо финансовой помощи.

Больница оставляет за собой право получить копию вашей кредитной истории.

Подпись заявителя _____

Сотрудник больницы, оформивший заявление: _____

Подписи указывают на то, что вы рассмотрели заявление и сопроводительную документацию и находите информацию соответствующей установленным правилам.

Одобрение/разрешение на предоставление
благотворительной поддержки _____ Одобренная сумма \$ _____

Руководитель подразделения _____ Генеральный директор _____

Финансовый директор _____