



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

## Программа финансовой помощи

### Инструкции по заполнению формы заявки на получение финансовой помощи

#### Еврейский Дом и Реабилитационный центр

предлагает финансовую помощь для квалифицированных пациентов и резидентов (незастрахованных пациентов и резидентов с низким доходом, а также застрахованных пациентов с низким доходом и жителей с высокими медицинскими расходами, которые соответствуют требованиям программы), используя самые последние Федеральные рекомендации по уровню бедности.

#### Должны быть соблюдены следующие требования:

Уровень валового дохода семьи должен быть на уровне или ниже 200% от Федерального руководства по бедности для благотворительной помощи или от 201% до 400% Программы льготных платежей.

Должны быть соблюдены все применимые источники финансирования, и решение должно быть принято на основе полного сотрудничества. Эти варианты финансирования включают Medi-Cal, Covered California, California Compensation Program и т. д. Заявки, отклоненные из-за отсутствия сотрудничества, не будут рассматриваться для получения финансовой помощи. Заявители должны заполнить и вернуть прилагаемое заявление на получение финансовой помощи со всеми подтверждающими документами, перечисленными ниже, в течение 15 дней с момента получения.

#### Для того, чтобы ваше заявление было обработано, вы должны:

- Предоставьте нам информацию о вашей семье
- Предоставьте нам информацию о брутто-ежемесячном доходе вашей семьи (доход до вычета налогов и вычетов)
- Предоставить документацию о семейном доходе
- Предоставление документации на семейное имущество
- При необходимости прикрепите дополнительную информацию
- Может иметь высокие медицинские расходы/стоимость
- Должен предоставить подтверждение квалифицированных ликвидных активов для рассмотрения финансовой помощи
- Заполненное, подписанное и датированное заявление на получение финансовой помощи (прилагается)

#### Подтверждение дохода

#### Пожалуйста, предоставьте следующее:

Копия подписанной декларации (деклараций) по федеральному подоходному налогу за текущий или предыдущий год

Копии банковских выписок по всем банковским счетам за последние три (3) месяца как для заявителя, так и для созаявителя

302 СИЛЬВЕР-АВЕНЮ, САН-ФРАНЦИСКО, КАЛИФОРНИЯ 94112 | 415.334.2500

Финансовые услуги для пациентов | 415.469.2262 | [Businessoffice@sfcjl.org](mailto:Businessoffice@sfcjl.org)

Бенефициар Еврейского фонда «Дом и жизнь для пожилых людей» и Федерации еврейских общин в Сан-Франциско.



## JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

- Копия трех (3) последних квитанций о заработной плате как для **заявителя, так** и для созаявителя
- Копия справки о доходах W-2 или 1099 за текущий или предыдущий год как для заявителя, **так** и для созаявителя
- Копия письма о выделении средств на социальное обеспечение и/или другое подтверждение дохода (**см. раздел «Письменная документация по всем формам дохода»**)
  - Письменная документация всех форм дохода (например, трастовые фонды, дивиденды по акциям, алименты, социальное обеспечение, государственная помощь, талоны на питание, инвалидность, арендная недвижимость, инвестиционный доход и т. д.)
- Если вы безработный, пожалуйста,** предоставьте копию вашего отчета о заработной плате/справки о безработице, показывающей отказ или право на получение пособия как для заявителя, так и для созаявителя. Если применимо, приложите копию письма об отказе от Medi-Cal.

### **Письменная документация всех форм дохода**

Т.е. трастовые фонды, дивиденды по акциям, алименты, социальное обеспечение, государственная помощь, талоны на питание, инвалидность, арендная недвижимость, инвестиционный доход, другое.

Если у вас нет ежемесячного дохода или недавно произошло изменение в вашем финансовом положении, вы **должны** предоставить заявление или письмо, объясняющее ваши обстоятельства. Если вас поддерживает кто-то другой, он должен подписать заявление о поддержке в разделе «Дополнительная финансовая документация» заявления.

**Примечание: Банковские выписки не принимаются в качестве подтверждения дохода**

### **Идентификация**

Пожалуйста, предоставьте два документа, удостоверяющих личность (например, водительские права, удостоверение личности с фотографией, счет за коммунальные услуги, карту социального страхования, свидетельство о рождении, паспорт и т. д.).

Отправьте заполненное заявление и документацию по адресу:

Еврейский дом и реабилитационный центр  
Внимание: Финансовая служба пациентов  
302 Сильвер-авеню Сан-Франциско, Калифорния 94112  
Или факс: (415) 399-5681

Пожалуйста, предоставьте всю информацию, чтобы избежать задержек в обработке вашего заявления, иначе оно может быть отклонено. Обратите внимание, что если финансовая помощь будет предоставлена, она покроет только ваши медицинские счета в нашем учреждении. Он не будет применяться к счетам для других поставщиков медицинских услуг, больниц или врачей, если они специально не согласятся его принять.



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

## Программа финансовой помощи

**ПРИМЕЧАНИЕ: ПОЖАЛУЙСТА, СВЯЖИТЕСЬ С ДРУГИМИ ПОСТАВЩИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАПРЯМУЮ, ЧТОБЫ УЗНАТЬ О ВАРИАНТАХ ПОМОЩИ.**

Обращаясь за финансовой помощью, вы даете согласие на то, чтобы мы делали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств или рекомендаций. Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с Отделом финансовых услуг для пациентов и резидентов по нашей голосовой почте (415) 469-2262 или по электронной почте [BusinessOffice@sfcjl.org](mailto:BusinessOffice@sfcjl.org) или вы можете посетить

Отдел финансовых услуг для пациентов и резидентов уведомит вас о результатах в письменной форме в течение 30 дней от момента получения.

Для получения дополнительной информации о Федеральных рекомендациях по бедности, Medi-Cal, Covered California или CMS посетите:

Федеральные руководящие принципы по борьбе с бедностью <https://www.federalregister.gov>

Покрытая Калифорнийская <https://www.coveredca.com>

Medi-Cal <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

## Программа финансовой помощи Заявка на получение финансовой помощи

### Информация о заявителе:

Имя пациента/резидента:	Фамилия супруга (если применимо)
Идентификатор госпитализации#: Медицинская карта#: Учетная запись #:	

Одинокий  Женатый Разведенный Овдовевший  Спутник жизни

Адрес:	
Домашний телефон: Сотовый телефон:	Телефон супруги:
Дата рождения (пациент/резидент):	Дата рождения (супруга):
Работодатель: <input type="checkbox"/> Полный рабочий день <input type="checkbox"/> Сам <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день <input type="checkbox"/> Отставной <input type="checkbox"/> Сезонный	Работодатель: <input type="checkbox"/> Полный рабочий день <input type="checkbox"/> Сам <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день <input type="checkbox"/> Отставной <input type="checkbox"/> Сезонный
Занятие:	Занятие:

Сведения о домашнем хозяйстве: (Требуется подтверждающая документация. Чтобы перечислить дополнительный доход, используйте обратную сторону этого приложения).

Имя участника                      Возраст    Ежемесячный доход от отношений                      Источников    Годовой валовой доход

				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Общий размер семьи: _____ Всего иждивенцев: _____ Общий доход семьи: \$
---

### Информация о скрининге:

- Есть ли у вас в настоящее время медицинская страховка? (Да/Нет) \_\_\_\_\_ Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию о страховании:
- Название страховки: \_\_\_\_\_ Полис # \_\_\_\_\_
- Название/номер группы: \_\_\_\_\_
- Была ли у вас медицинская страховка, действие которой было прекращено за последние 3 месяца? (Да/Н) \_\_\_\_\_ если да,



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

## Программа финансовой помощи

Выполните следующие действия:

- Какой тип страхования? (например, Medi-Cal, BCBS, United, HealthNet, Tricare и т. д. Причина прекращения страхования? \_\_\_\_\_
- Вы подавали заявку на страховое покрытие кобры? (Да/Н) \_\_\_\_\_ Если да, то когда? \_\_\_\_\_
- Имя бывшего сотрудника: \_\_\_\_\_
- Лечитесь ли вы от травм, покрываемых компенсацией работникам? (Да/Нет) \_\_\_\_\_ if Да, пожалуйста, укажите Имя Оператора Компенсаций: \_\_\_\_\_ Имя Настройщика: \_\_\_\_\_  
Номер телефона аджастера: \_\_\_\_\_ Дата травмы: \_\_\_\_\_ Номер претензии: \_\_\_\_\_
- Вы лечитесь от травм, покрываемых ответственностью перед третьими лицами, такими как компания по страхованию автомобилей? (Да/Нет) Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию: Название автострахования или адвоката: \_\_\_\_\_ Номер телефона автострахования или адвоката: \_\_\_\_\_ Дата травмы: \_\_\_\_\_ Претензия/ Номер: \_\_\_\_\_
- Вы на действительной службе или отставной военный? (Да/Н) \_\_\_\_\_ Если да, то имеете ли вы право на льготы VA? (Да/Н) \_\_\_\_\_
- Вы подавали заявку на участие в программе Medi-Cal или программе для инвалидов? (Да/Нет) if Да, Когда? \_\_\_\_\_ Где? \_\_\_\_\_ Социальный работник: \_\_\_\_\_
- Изменилось ли ваше семейное или доходное положение с момента подачи последней заявки? (Да/Н) \_\_\_\_\_
- Вы стали жертвой преступления? (Да/Н) \_\_\_\_\_ Если да, просьба представить следующую информацию: Дата травмы? \_\_\_\_\_ Имя социального работника: \_\_\_\_\_ CW Телефон #: \_\_\_\_\_ Case Номер: \_\_\_\_\_
- Уведомление о действии по программе Medi-Cal, если применимо: (Да/Нет) \_\_\_\_\_
- Если у Вас есть какие-либо другие особые обстоятельства, которые Вы хотели бы, чтобы мы учли при рассмотрении Вашей заявки, пожалуйста, объясните ниже или приложите подробное письмо: \_\_\_\_\_

<b>Имя пациента/ординатора/заявителя:</b>	<b>Имя созаявителя:</b>
<b>Ежемесячные расходы:</b>	<b>Авуары:</b>
Аренда/ Ипотека \$	Расчетный счет(ы) \$
Коммунальные услуги \$	Сберегательный счет(ы) \$
Еда \$	Прочие денежные средства \$
Мобильный телефон \$	Кредитные карты (доступный кредит) \$



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

Автокредит \$	Ежемесячный валовой доход: \$
Автострахование \$	Доход от трудовой деятельности \$
Кредиты \$	Доход супруга \$
Алименты \$	Пенсионный доход \$
Кредитные карты \$	Государственные пособия \$
Другие \$	Другие \$
<b>Общие расходы \$</b>	<b>Общий доход \$</b>

## Сертификация пациента/резидента/заявителя:

Я, \_\_\_\_\_, УДОСТОВЕРЯЮ, что предоставленная мною информация является правдивой и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что если я не буду сотрудничать с Еврейским домом и реабилитационным центром в предоставлении ЛЮБОЙ дополнительной запрашиваемой информации, моя заявка может быть отклонена для получения возможной финансовой помощи. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, подлежит проверке УЧРЕЖДЕНИЕМ, включая агентства кредитной отчетности, и подлежит проверке ФЕДЕРАЛЬНЫМИ АГЕНТСТВАМИ и/или АГЕНТСТВАМИ ШТАТА и другими лицами по мере необходимости. Я понимаю, что это заявление относится к сборам учреждения, а не к расходам врача. Я понимаю, что если какая-либо информация, которую я предоставил, окажется неверной, я буду нести ответственность за полную стоимость любых медицинских услуг, полученных от Еврейского дома и реабилитационного центра. Я также знаю, что я подаю заявку только на указанный выше счет, и что мое финансовое положение должно быть пересмотрено, и может потребоваться новое заявление на любые/все будущие услуги, которые я получаю в Еврейском доме и реабилитационном центре.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя Дата



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

## Программа финансовой помощи

### Дополнительная финансовая документация (Только полный, если применимо)

Имя пациента/резидента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

#### Заявление поддержки:

Моя подпись удостоверяет, что я, \_\_\_\_\_, предоставляю все необходимое для жизни от имени пациента/ординатора, и делаю это в течение \_\_\_\_\_ лет/месяцев.

\_\_\_\_\_

Подпись о взаимоотношениях поддерживающего пациента/ординатора с датой пациента/ординатора

#### Аффидевит бездомного:

Я, \_\_\_\_\_ (ИМЯ ПЕЧАТАТЬ), настоящим удостоверяю, что я бездомный, у меня нет постоянного адреса, работы, сбережений или активов, а также дохода, кроме пожертвований от других лиц.

Подпись Date \_\_\_\_\_

#### Отсутствие изменений в финансовом положении с момента предыдущего обращения за помощью

Я, \_\_\_\_\_ (ИМЯ ШРИФТОМ), настоящим удостоверяю, что не произошло никаких изменений в моем финансовом положении (и в моей семье) с момента моего предыдущего заявления на получение финансовой помощи от Еврейского дома и реабилитационного центра, которое было заполнено \_\_\_\_\_. Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов:

Меня все еще поддерживает другой. Они предоставляют все необходимое для жизни от моего имени и делают это в течение \_\_\_\_\_ лет/месяцев.

Я все еще бездомный. Я бездомный, у меня нет постоянного адреса, работы, сбережений или активов, а также дохода, кроме пожертвований от других.

С момента подачи предыдущего заявления не произошло никаких изменений в моем доходе (или доходе моего супруга) или размере семьи.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_



# JEWISH HOME & REHAB CENTER

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

## Программа финансовой помощи

*Только для офисного использования\*\*\**

### Определение соответствия требованиям

Участие в благотворительной программе  Не соответствует требованиям

Дисконтная программа  Не соответствует требованиям

#### Отрицаемые причины:

- Несоответствие Доход более 400% FPL
- Застрахован государственным или негосударственным плательщиком  Нет высоких медицинских расходов
- Услуги не были получены в Еврейском доме и реабилитационном центре  Полученные услуги уже со скидкой
- Более 30 дней — не удалось предоставить запрошенные подтверждения
- Другое (укажите) \_\_\_\_\_

#### Определение правомочности осуществляется:

Название печати: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Дата, отправленная пациенту/резиденту для окончательного определения: \_\_\_\_\_ Сотрудники  
финансовой службы пациентов заполняют эту форму

Инициал: \_\_\_\_\_ сс: Копия отправлена по адресу: \_\_\_\_\_





# JEWISH HOME & REHAB CENTER

---

SAN FRANCISCO CAMPUS FOR JEWISH LIVING

302 СИЛЬВЕР-АВЕНЮ, САН-ФРАНЦИСКО, КАЛИФОРНИЯ 94112 | 415.334.2500  
Финансовые услуги для пациентов | 415.469.2262 | [Businessoffice@sfcjl.org](mailto:Businessoffice@sfcjl.org)  
Бенефициар Еврейского фонда «Дом и жизнь для пожилых людей» и Федерации еврейских общин в Сан-Франциско.