

Благодарим за ваш интерес к программе Allina Partners Care (APC). APC — это программа финансовой помощи от Allina Health, которая может помочь в оплате ваших медицинских счетов Allina Health. Вы найдете заявление на участие в APC во вложении. Заполняя заявление, помните о следующем:

- APC не является медицинской страховкой. Это программа финансовой помощи, предназначенная только для покрытия ваших счетов Allina Health. Поскольку это не план медицинского страхования, APC покрывает только необходимые по медицинским показаниям услуги, счета за которые выставляются непосредственно через Allina Health. Это означает, что программа может помочь только с оплатой услуг Allina Health и врачей, работающих в Allina Health.
- Заполняя заявление, важно указать актуальную информацию о страховке, доходах и активах, даже если ваша ситуация изменилась с момента выставления вам счетов в Allina Health. Право на участие в программе APC основывается на текущем доходе и активах вашей семьи.
- **Отправьте четкие копии своих документов. Оригиналы не возвращаются. Если вы подаете документы в электронном виде, они могут оказаться непригодными к использованию при недостаточно высоком разрешении. Фотографии документов, как правило, не подходят.**
- Не пользуйтесь скобками для сшивания документов.

Используйте эту таблицу как контрольный список при заполнении прилагаемого бланка заявления.	
Раздел 1 Данные в заявлении	<input type="checkbox"/> Бланк заявления должен быть заполнен полностью — необходимо заполнить все поля. <input type="checkbox"/> Все данные в заявлении должны В ТОЧНОСТИ соответствовать подтверждающей документации! <input type="checkbox"/> Заявление должно быть подписано и датировано заявителем и супругом/партнером (см. раздел 2).
Раздел 2 Учет лиц на иждивении	<input type="checkbox"/> Иждивенцы старше 18 лет учитываются при расчете размера семьи, только если они указаны в налоговой декларации за предыдущий год. <i>Также укажите их в заявлении как лица на иждивении.</i> Любой ребенок в возрасте 18 лет и старше должен подать заявление на участие в программе Allina Partners Care отдельно. <input type="checkbox"/> Если вы проживаете с партнером и у вас есть совместный несовершеннолетний ребенок, мы рассмотрим ваш доход как доход семьи. Укажите имя партнера и ребенка в заявлении и предоставьте всю подтверждающую финансовую документацию.
Раздел 3 Подтверждение страхового покрытия	<input type="checkbox"/> Если кто-либо, указанный в заявлении, в настоящее время имеет медицинское покрытие, укажите это и отправьте копию лицевой и обратной сторон карты медицинского страхования. <input type="checkbox"/> Если какое-либо лицо, указанное в заявлении, не застраховано, ему необходимо подать заявление на участие в программе Medical Assistance/MNCare, а затем предоставить нам письменную справку о включении в программу.
Раздел 4 Подтверждение наличия ликвидных активов	<input type="checkbox"/> Выписки с банковских счетов, акции/облигации, депозитные сертификаты, депозитные счета денежного рынка. <input type="checkbox"/> Пришлите полный ежемесячный отчет. В ней должны быть указаны ваше имя, название учреждения, все операции, текущий остаток и дата. Банковские сводные данные по вашему счету не принимаются. Данные в разделе 4 должны в точности соответствовать тому, что указано в подтверждающей документации.
Разделы 5, 6, 7, 8 Подтверждение получения дохода * Отправьте копии всех подходящих документов	<input type="checkbox"/> Копии 2 последних квитанций о заработной плате или справка от работодателя с указанием заработной платы за 2 месяца (в случае трудоустройства). <input type="checkbox"/> Федеральная налоговая декларация за предыдущий год. <input type="checkbox"/> Если заявители вообще не имеют дохода, нужно заполнить отчет о поддержке. При необходимости позвоните в наш офис, чтобы получить копию. <input type="checkbox"/> Нам нужна подтверждающая документация по любому доходу, указанному в этих разделах. <input type="checkbox"/> Если вы вышли на пенсию и получаете социальное пособие, пенсию или пожизненную страховку, укажите эту информацию в разделе 7 и отправьте подтверждение совокупного дохода. Банковские выписки, показывающие чистый доход после вычета налогов, не принимаются в качестве подтверждения получения дохода.

Если вы не уверены, какую документацию включить в заявление, или вам нужна иная помощь с заявлением, свяжитесь с нами по номерам телефонов, указанным выше. Скачать копию заявления на английском, испанском или сомалийском языке можно на сайте www.allinahealth.org/financialassistance.

ВАЖНО. Заполните эту форму полностью. Если вы этого не сделаете, вас попросят заполнить новую форму. По возможности используйте черные чернила.

1. ОСНОВНОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ (Если вы подаете заявление за несовершеннолетнего, укажите здесь **ВАШЕ** имя, а ребенка добавьте как лицо на иждивении в разделе 2 ниже).

ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
АДРЕС С УКАЗАНИЕМ УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Являетесь ли вы гражданином(-кой) США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ЕСЛИ ДА, НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

2. ДРУГИЕ ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩИЕ С ВАМИ? Проживают ли с вами в доме супруг(а) и/или лица на иждивении?

Нет Да — заполните ниже

* При рассмотрении заявлений на участие в программе Allina Partners Care мы учитываем всех членов семьи. Если вы проживаете с партнером и у вас есть совместный ребенок, укажите ниже их имена и всю финансовую информацию.

ПОЛНОЕ ИМЯ (имя, средний инициал, фамилия)	Дата рождения	Степень родства с вами	Гражданин или подданный США? (Заполните 2b, только если ✓ НЕТ)	2b Иммиграционный статус	2b Имя спонсора
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**** ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ:**

• Если кто-либо, указанный в данном заявлении, не имеет медицинского покрытия (Medical Assistance, MNCare, BadgerCare, Medicare или другое), дайте пояснение, почему у вас или у этого лица нет страховки. Нам также понадобится действительная справка о включении в программу MNCare для всех незастрахованных членов семьи или документация об исключении из правил Закона о доступном медицинском обслуживании. Также прикрепите копию вашей медицинской карты.

3. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ Ответьте на следующие вопросы за себя, а также за всех лиц, которых вы указали выше в разделе 2.

Предоставьте объяснение, почему вы или члены вашей семьи не получили страховку; актуальную и действительную справку о включении в программу MNCare для этого лица; или документацию об исключении из правил Закона о доступном медицинском обслуживании.

а. У вас есть страховка Medicare? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Часть А <input type="checkbox"/> Часть В	У вашего супруга/партнера есть страховка Medicare? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Часть А <input type="checkbox"/> Часть В
б. Укажите действующую медицинскую страховку для каждого члена семьи, указанного выше: (например: у Джейн Доу страховка Blue Cross Blue Shield)	(Укажите данные страховки здесь)
с. Если у кого-то из указанных выше членов семьи нет медицинской страховки, кратко объясните причину.	(Объяснение)

Приложите копию лицевой и обратной стороны страховой карточки с указанием каждого лица, на которого распространяется эта страховка.

**** ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ АКТИВОВ:**

• Чтобы подтвердить остаток/стоимость каждого актива, указанного ниже, необходимо предоставить последние выписки из истории операций и текущий остаток. В каждом отчете должно быть четко указано, что вы являетесь владельцем актива. * Заполните все столбцы для каждого актива — см. образец ниже.

4. У ВАС (ИЛИ ВАШЕГО СУПРУГА/ПАРТНЕРА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО) ЕСТЬ СЧЕТА КАКОГО-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ ИЛИ АКТИВЫ?

Расчетный сч. Сберегательный сч. Предоплаченная дебетовая карта Ценные бумаги/облигации Депозитный сертификат
 Депозитные счета денежного рынка Нет активов

(Заполните ниже)

а. Дата выписки из прилагаемых подтверждающих документов (ММ/ГГ)	б. Имя владельца активов	с. Тип актива	д. Название финансового учреждения
Пример: 01/2016 (январь 2016 г.)	Джейн Доу	Расчетный счет	Bank of Allina

**** ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОХОДА:**

ПРЕДОСТАВЬТЕ (1) КОПИЮ ВАШИХ 2 ПОСЛЕДНИХ ЗАРПЛАТНЫХ КВИТАНЦИЙ ОТ КАЖДОГО РАБОТОДАТЕЛЯ И (2) КОПИЮ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ФОРМЕ 1040 ЗА ПРЕДЫДУЩИЙ ГОД.

5a. Вы трудоустроены? Нет Да (заполните ниже; если вам нужно больше строк, используйте отдельный лист)

5b. Ваш супруг(а)/партнер трудоустроен? Нет Да (заполните ниже; если вам нужно больше строк, используйте отдельный лист)

a. Имя трудоустроенного работника	b. Имя (название) работодателя	c. Почасовая оплата/ зарплата	d. Рабочих часов в неделю	e. Чаемые
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

**** ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДОХОДА САМОЗАНЯТЫХ:**

ПРЕДОСТАВЬТЕ КОПИЮ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ФОРМЕ 1040 ЗА ПРЕДЫДУЩИЙ ГОД, ВКЛЮЧАЯ ВСЕ ПРИЛОЖЕНИЯ

6a. Вы самозаняты? Нет Да (заполните ниже; если вам нужно больше строк, используйте отдельный лист)

6b. Ваш супруг(а)/партнер является самозанятым?

Нет Да (заполните ниже; если вам нужно больше строк, используйте отдельный лист)

a. Имя самозанятого работника	b. Название бизнеса	c. Дата начала бизнеса	d. Доход от бизнеса по форме 1040 прил. 1
			\$
			\$

**** ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ДОХОДА:**

- **СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД (SSI), ПЕНСИЯ, БЕЗРАБОТИЦА, КОМПЕНСАЦИЯ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ, ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ:** Отправьте отчет о страховых льготах или письмо о назначении пособия, в котором указана сумма, которую вы получаете в месяц.
- **КОПИЯ ВЫПИСКИ С ВАШЕГО БАНКОВСКОГО СЧЕТА НЕ ПРИНИМАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДОХОДА.**
- **ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА:** Предоставьте либо налоговые документы, свидетельствующие о полученном доходе, либо другой вид официальных документов, подтверждающих доход и его источник.
- **ПРЕДОСТАВЬТЕ КОПИЮ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ФОРМЕ 1040 ЗА ПРЕДЫДУЩИЙ ГОД, ВКЛЮЧАЯ ВСЕ ПРИЛОЖЕНИЯ.**

7. У ВАС (ИЛИ ВАШЕГО СУПРУГА/ПАРТНЕРА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО) ЕСТЬ ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА, КРОМЕ РАБОТЫ?**В ТОМ ЧИСЛЕ:**

- Социальное пособие
- Супружеские алименты
- Компенсация для работающих
- Траксты
- Пособие по безработице
- Доход от аренды
- Пособие для ветеранов
- Проценты/дивиденды
- Алименты на ребенка
- Пенсия
- Любые другие доходы

СУММЫ, УКАЗАННЫЕ В СТОЛБЦЕ c. НИЖЕ, ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ТОЧНОСТИ

a. Имя получателя дохода	b. Вид дохода	c. Сумма	d. Периодичность получения
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

8. ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ НЕ СООБЩИЛ О ДОХОДАХ, НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КОПИИ ПОЗВОНИТЕ В НАШ ОФИС ПО ТЕЛЕФОНУ 612-262-9000 ИЛИ СКАЧАЙТЕ КОПИЮ НА САЙТЕ ALLINANEALTH.ORG/FINANCIALASSISTANCE. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ СООБЩИТЬ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ РАССМОТРЕТЬ ВМЕСТЕ С ВАШИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ, ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИХ ЗДЕСЬ. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ БУМАГИ.

9. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ВЕРНУТЬ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ, УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ВЫ ПРИЛОЖИЛИ ВСЮ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ, ПЕРЕЧИСЛЕННУЮ ВЫШЕ

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация в данном заявлении правдива и верна, и настоящим разрешаю Allina Health предоставлять эту информацию любому врачу, клинике, филиалу и/или другой районной больнице или клинике, в которые меня направят. Также я подтверждаю, что обязуюсь зарегистрироваться (1) в любых программах Minnesota Health Care, на получение которых я могу претендовать, или (2) в любых программах медицинского страхования, которые могут быть доступны мне через работодателя или на медицинской страховой бирже (например, MNsure), а также полностью исполнять их требования, и что несоблюдение этого условия может привести к моему исключению из программы Allina Partners Care.

ДАТА	ПОДПИСЬ ОСНОВНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ
ДАТА	ПОДПИСЬ СУПРУГА/ПАРТНЕРА

НА ОБРАБОТКУ ЗАЯВЛЕНИЯ ТРЕБУЕТСЯ 30 ДНЕЙ. ВЫ ПОЛУЧИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ПО ПОЧТЕ.