



Система Henry Ford Health System (Система здравоохранения имени Генри Форда, HFHS) работает с каждым пациентом на принципах сочувствия и уважения достоинства. Пациенты могут положиться на HFHS в том, что здесь действуют справедливые цены на предоставляемые медицинские услуги, и в том, что здесь им готовы оказать помощь в поиске вариантов управления расходами на медицинское обслуживание.

Возможно, у вас есть право на получение помощи в оплате ваших счетов за медицинское обслуживание с помощью программы Patient Financial Assistance Program (Программа финансовой помощи пациентам, PFAP).

#### Имею ли я право на участие в программе PFAP?

Для участия в программе PFAP необходимо соответствие определенным критериям. Эти критерии перечислены в таблице ниже.

Критерии участия в программе	Метод 1	Метод 2a	Метод 2b
Гражданин США или лицо, легально проживающее в США	X	X	X
Проживание в округе Маком, Окленд или Уэйн	X	X	X
Потребность в медицинском обслуживании установлена в учреждении HFHS или поставщиком услуг HFHS	X	X	X
Отсутствие права на страховое покрытие медицинского обслуживания	X		
Доход меньше 250% от установленного федерального уровня прожиточного минимума	X	X	
Наличие страховки с ограниченным финансовым ресурсом		X	X
Сумма по счетам за медицинские услуги HFHS составляет более 30% от дохода семьи		X	X

*\*Право на участие пациентов в программе может быть установлено нами ретроспективно, на основе критериев, которые не перечислены выше.*

Если вы соответствуете критериям по методу 1 или 2a, вы можете получить скидку в размере 100% на медицинские услуги, покрываемые программой.

Если вы соответствуете критериям метода 2b, размер вашего долга за медицинские услуги, покрываемые программой, сводится к 30% дохода вашей семьи.

Если вы не соответствуете критериям ни одного из этих методов, вы оплачиваете обслуживание в размере, не превышающем сумм, обычно взимаемых с пациентов, имеющих страховое покрытие медицинских услуг.

#### Как подать заявку на участие в программе PFAP?

Чтобы подать заявку на участие в PFAP, необходимо заполнить форму Заявки на участие в Программе финансовой помощи пациентам и предоставить подтверждающие документы. Вы можете подать заявку в течение 240 дней с момента получения первого счета. После того как в систему HFHS поступит заполненный вами бланк заявки, вы в течение 30 дней получите извещение о принятом решении.

#### Где получить более подробную информацию?

Чтобы узнать больше или получить бесплатный экземпляр полного текста нашей политики и/или бланка заявки:

- Зайдите на наш веб-сайт по адресу [www.henryford.com/financialassistance](http://www.henryford.com/financialassistance)
- Обратитесь к нашим сотрудникам по вопросам регистрации или к нашим финансовым консультантам лично или позвоните по телефону:
  - Henry Ford Hospital и медицинские центры Henry Ford (включая Cottage Medical Center): (313) 916-4510
  - Henry Ford Wyandotte Hospital или медицинский центр Brownstown Medical Center: (734) 246-9516
  - Henry Ford West Bloomfield Hospital: (248) 325-0201
  - Henry Ford Macomb Hospitals (Clinton Township и Mount Clemens): (586) 263-2696
  - Henry Ford Kingswood Hospital и центр Maplegrove Center: (313) 874-9501