

## Почему стоит обратиться в центр диагностики и лечения заболеваний молочной железы?

Располагая гибкими планами оплаты и услугами сертифицированных врачей, специализирующихся в области визуализации груди, Carol Milgard Breast Center стремится предоставлять обслуживание высочайшего качества по приемлемой цене. Мы понимаем, что некоторые планы страхования не покрывают все виды визуализации. Чтобы обеспечить предоставление вам необходимого обслуживания, центр диагностики и лечения заболеваний молочной железы предлагает следующие услуги:

- конкурентное ценообразование
- скидки на обследование в тот же день
- 12-месячные планы оплаты без комиссии и процентов
- единый счет с предварительным расчетом всех затрат на визуализацию
- финансовая помощь для пациентов, соответствующих указанным критериям
- долевые субсидии от наших организаций собственников

## Услуги медицинской визуализации — это не роскошь, а необходимость

Центр Carol Milgard Breast Center оказывает помощь всем пациентам независимо от их платежеспособности. Если вы считаете, что у вас есть право на получение финансовой помощи, заполните заявление, прилагаемое к данной брошюре, и отправьте его по факсу или по почте с сопроводительными документами на адрес:

**Carol Milgard Breast Center**  
**Attn: Financial Aid Department**  
**(Внимание отдела финансовой помощи)**  
P.O. Box 1535  
Tacoma, WA 98401  
Fax: (253) 383-0730

*Если вы считаете, что можете претендовать на финансовую помощь, заполните это Заявление на получение финансовой помощи и подайте его в центр диагностики и лечения заболеваний молочной железы вместе с подтверждающими документами не позднее, чем за 48 часов до приема. Обратите внимание, что необходимо заполнить все поля в заявлении. Если заявление будет заполнено не полностью, это может вызвать задержки в предоставлении права на получение помощи.*

*Центр Carol Milgard Breast Center получает гранты от организаций MultiCare и Franciscan Health System.*

*Если вы являетесь незастрахованным лицом, будучи мужчиной любого возраста или женщиной до 34 лет включительно, и у вас наблюдаются симптомы заболевания молочных желез, пожалуйста, запросите информацию о нашей программе **First Look Voucher Program**. Чтобы получить более подробную информацию, свяжитесь с финансовым консультантом по номеру телефона: (253) 680-3558 или посетите наш веб-сайт.*

*Наши финансовые консультанты готовы помочь вам с понедельника по пятницу с 8.00 до 16.30. Для предварительной оценки стоимости обследования свяжитесь с финансовым консультантом по номеру телефона: (253) 680-3485.*

*Для получения дополнительной информации или загрузки заявления в формате PDF посетите веб-сайт: [www.carolmilgardbreastcenter.org](http://www.carolmilgardbreastcenter.org)*

## Варианты финансовой помощи



Важно быть готовым

Carol Milgard  
**Breast Center**  
A Franciscan—MultiCare—TRA Collaboration



# Заявление на получение финансовой помощи (Financial Aid Application)

Чтобы подать заявление на получение финансовой помощи от центра Carol Milgard Breast Center, заполните данное заявление и отправьте его в наш офис вместе с сопроводительными документами.

## 1. Информация о пациенте (Patient information)

Имя и фамилия пациента (Patient name) \_\_\_\_\_  
Дата рождения (Birthdate) \_\_\_\_\_  
Домашний телефон (Home phone) \_\_\_\_\_ Мобильный телефон (Cell phone) \_\_\_\_\_  
Адрес (Address) \_\_\_\_\_

## 2. Вы получили финансовую помощь от какого-либо учреждения MultiCare или Franciscan Health System? \_\_\_\_ да (yes) \_\_\_\_ нет (no) (owner grant)

Если да, сразу перейдите к шагу 6 и подпишите данное заявление. Вместе с подписанным заявлением предоставьте копию действительного письма с подтверждением безналогового статуса от другой организации вместо заполненного заявления.

## 3. Супруг (а) или родитель (если заявитель является несовершеннолетним/иждивенцем) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

Имя и фамилия (Name) \_\_\_\_\_  
Домашний телефон (Home phone) \_\_\_\_\_ Мобильный телефон (Cell phone) \_\_\_\_\_  
Адрес (Address) \_\_\_\_\_

## 4. Предоставьте квитанции о начислении заработной платы за последние 3 месяца, налоговую форму W2 и другие документы, подтверждающие размер дохода.

| Доход (ежемесячно всего)<br>(Income (monthly totals))            | Пациент (Patient) | Другие источники дохода в семье<br>(Other family income) |
|--|-------------------|--|
| Заработная плата (Wages)   |                   |  |
| Индивидуальная трудовая деятельность<br>(Self-employment)        |                   |  |
| Социальное обеспечение (Public assistance)                       |                   |  |
| Пособие по безработице<br>(Unemployment compensation)            |                   |  |
| Компенсационные выплаты работникам<br>(Workers' compensation)    |                   |  |
| Алименты (Alimony)   |                   |  |
| Пособие на ребенка (Child support)                               |                   |  |
| Пенсия (Pension or retirement)                                   |                   |  |
| Доход в виде процентов (Interest income)                         |                   |  |
| Доход от сдачи недвижимости в аренду<br>(Rental property income) |                   |  |
| Иные источники дохода (подробно)<br>(Other income (detail))      |                   |  |
| <b>Общий доход (Total income)</b>                                |                   |  |

Если доход отсутствовал, поясните этот факт подробно (If there was no income, please explain in detail) \_\_\_\_\_

## 5. Перечислите всех иждивенцев, проживающих вместе с вами, включая супруга (у) (dependents)

| Имя и фамилия (Name) | Кем приходится<br>(Relationship) | Возраст<br>(Age) | Имя и фамилия (Name) | Кем приходится<br>(Relationship) | Возраст<br>(Age) |
|----------------------|----------------------------------|------------------|----------------------|----------------------------------|------------------|
|                      |                                  |                  |                      |                                  |                  |
|                      |                                  |                  |                      |                                  |                  |
|                      |                                  |                  |                      |                                  |                  |

**6. Предоставленная выше информация является верной и точной, насколько мне известно.** Я понимаю, что предоставление ложной или неполной информации может повлечь за собой прекращение или задержку выплаты моих льгот. Также это может привести к переплате по льготам, которую мне необходимо будет возместить и которая может повлечь за собой штрафы. Я разрешаю центру Carol Milgard Breast Center проверять подлинность любой предоставленной выше информации и даю разрешение на разглашение данной информации центру Carol Milgard Breast Center в целях определения наличия права на финансовую помощь. Под страхом наказания за дачу ложных показаний я сообщаю правдивую и полную информацию.

ПОДПИСЬ СЛОВО, ПОДАЮЩЕЕ ЗАПРОС (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST))

ДАТА (DATE)

Данная информация является конфиденциальной. Отправьте по факсу **(253) 680-3558** или по почте на адрес: **TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid, PO Box 1535 Tacoma, WA 98401**. Если у вас остались вопросы, или вам нужна помощь, пожалуйста, свяжитесь с финансовым консультантом по номеру телефона (253) 680-3485..