



# Project Access

*Multnomah County*  
Connecting people to health care. Today.

Добро пожаловать! Мы будем рады зарегистрировать Вас в качестве участника программы Project Access округа Малтнома. Мы делаем все от нас зависящее для того, чтобы помочь Вам воспользоваться необходимыми Вам медицинскими услугами, добровольно предоставляемыми участвующими в нашей программе медицинскими учреждениями и оплачиваемыми в рамках существующих программ финансового вспомоществования.

**Работники программы Project Access не предоставляют медицинские услуги.** Мы предоставляем направления в добровольно участвующие в нашей программе медицинские учреждения, причем число таких направлений ограничивается количеством услуг, добровольно предлагаемых в той или иной области медицины или в том или ином географическом районе. В рамках программы Project Access не гарантируется предоставление Вам каких-либо услуг, но мы делаем все возможное для того, чтобы любые медицинские услуги предоставлялись Вам бесплатно.

**Для того, чтобы получить право на участие в нашей программе, Вы должны удовлетворять следующим критериям.**

1. Вас должна направить к нам участвующая в нашей программе клиника, входящая в систему социальной защиты.
2. Ваш доход должен быть как минимум на 200% меньше дохода, соответствующего установленному федеральным правительством уровню бедности (10.00 долл. в час или меньше в расчете на одного человека, 20.38 долл. в час или меньше в расчете на одного человека, содержащего семью из четырех человек).
3. Вы должны не иметь медицинской страховки.
4. Вы должны проживать в районе Большого Портленда в течение не менее чем **шести (6) месяцев**. При этом **Вы не обязаны законно проживать** в Соединенных Штатах.
5. Кроме того, состояние Вашего здоровья должно требовать посещения врача.

**Вы обязаны заполнить и вернуть нам следующие документы.**

1. Контрольный перечень соответствия критериям регистрации (Screening Checklist) – *направивший Вас координатор, работающий в клинике, может помочь Вам заполнить этот перечень.*
2. Заявление с просьбой о регистрации в качестве участника программы (Enrollment Application) – *одна страница.*
3. Соглашение с пациентом, содержащее описание прав и обязанностей пациента (Patient Agreement - Rights & Responsibilities).

**Вы должны предоставить нам копии следующих документов.**

1. Удостоверение личности.
2. Документ, подтверждающий размеры Вашего дохода *на протяжении последних трех (3) месяцев (отражающий доход всех проживающих вместе с Вами членов семьи, получающих доход).*
3. Документ, подтверждающий место Вашего проживания *на протяжении последних шести (6) месяцев (свидетельствующий о проживании в обслуживаемом районе).*
4. Документ, подтверждающий стоимость заявленного имущества *(если этой требование применимо).*

Направивший Вас координатор, работающий в клинике, сможет оказать Вам содействие в заполнении бланка этого заявления, если у Вас возникнут какие-либо вопросы.

**Пожалуйста, не забудьте:**

1. заполнить требуемые формы;
2. подписать заполненные формы там, где предусмотрено место для подписи;
3. вернуть заполненные формы направившему Вас координатору.

Ваша клиника перешлет нам эти документы вместе с Вашим медицинским направлением. После утверждения Вашей регистрации в качестве участника программы мы позвоним Вам, чтобы подробнее обсудить с Вами нашу программу.

Ваше здоровье!

*Tara J. Foley*

Тара Дж. Фоли, координатор направлений  
Программа Project Access, округ Малтнома  
Программа Коалиции районных клиник

РАБ. ТЕЛ. 503.517.2005

ФАКС 503.548.4849

САЙТ <http://www.coalitionclinics.org/pamc-patients.html>

Э/П [projectaccess@coalitionclinics.org](mailto:projectaccess@coalitionclinics.org)

**Приемлемые документы**

В столбце А указаны предпочитаемые форматы предоставления информации.  
В столбце В указаны форматы информации, приемлемые в случае отсутствия документов в формате, указанном в столбце А



Предоставьте **ОДИН** документ, указанный в столбце **А** или **В**, в отношении каждой требуемой категории информации.

Требуемая информация	Приемлемая документация	
	<b>А</b>	<b>В</b>
<p><b>Удостоверение личности с фотографией</b></p> <p><i>Пожалуйста, предоставьте ОДНО удостоверение, указанное в столбце А ИЛИ в столбце В</i></p>	<p>Действительные водительские права или иное удостоверение личности с фотографией, выданные федеральным правительством или правительством штата</p> <p>Действительный паспорт</p>	<p>Выданное работодателем удостоверение личности с фотографией</p> <p>Выданное образовательным учреждением удостоверение личности с фотографией</p> <p>Кредитная карта с фотографией</p> <p>Просроченные водительские права или иное удостоверение личности с фотографией, выданные федеральным правительством, правительством штата</p> <p>Просроченный паспорт</p> <p>В отсутствие удостоверения личности с фотографией, пожалуйста, обратитесь к координатору направлений в рамках программы Project Access по тел. 503-517-2005</p>
<p><b>Удостоверение места проживания (на протяжении последних шести (6) месяцев)</b></p> <p><i>Пожалуйста, предоставьте ОДНО удостоверение, указанное в столбце А ИЛИ в столбце В</i></p>	<p>Действительные водительские права, выданные в штате Орегон, или удостоверение личности с фотографией</p> <p>Счет за электричество или отопление</p> <p>Выписка с банковского счета</p> <p>Корешок чека, полученного в качестве зарплаты</p> <p>Письмо из департамента социального обслуживания (DHS) или службы социального обеспечения</p> <p>Другой счет (телефонный, медицинский, и т. п.)</p> <p>Договор об аренде жилья</p> <p>Счет за аренду жилья или квитанция, подтверждающая оплату жилья</p>	<p>Письмо из приюта или миссии</p> <p>Если Вы живете у друзей или родственников, пожалуйста, попросите друга или родственника, с которым Вы живете, предоставить:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>ОДИН (1)</b> документ, указанный в столбце А, и</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> письмо (в т. ч. написанное от руки), подтверждающее место Вашего проживания.</p>
<p><b>Удостоверение дохода семьи (за последние три (3) месяца)</b></p> <p><i>Пожалуйста, предоставьте ОДНО удостоверение, указанное в столбце А ИЛИ в столбце В</i></p>	<p>Налоговая декларация за прошлый год (W2)</p> <p>Корешки чеков, полученных в качестве зарплаты на протяжении последних трех месяцев</p> <p>Корешок последнего чека, полученного в качестве пособия по безработице</p> <p>Полученная в процессе развода документация, подтверждающая размеры доходов и продолжительность супружеской поддержки и (или) поддержки детей (ребенка)</p> <p>Юридическая документация с указанием размера доходов, продолжительности срока выплат в соответствии с условиями внесудебного урегулирования, лотерейных выигрышей и (или) выплат, получаемых из наследства</p>	<p>Письмо от работодателя</p> <p>Выписка с банковского счета</p> <p>Письмо из приюта или миссии</p>
<p><b>Удостоверение стоимости ЖИЛЬЯ (если стоимость жилья больше 75 000 долл.)</b></p> <p><i>Требуется ТОЛЬКО ОДНО удостоверение, указанное в столбце А</i></p>	<p>Счета или квитанции, подтверждающие оплату ипотечного займа</p> <p>Счета или квитанции, подтверждающие выплату налогов на недвижимое имущество</p>	<p>Если Вы — домовладелец, предоставление документации, указанной в столбце А, <b>обязательно</b></p>
<p><b>Удостоверение стоимости ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА</b></p> <p>год, марка, модель, пробег</p> <p><i>Предоставьте ОДНО удостоверение, указанное в столбце А ИЛИ В</i></p>	<p>Счет или квитанция, подтверждающие выплату займа на покупку транспортного средства</p> <p>В отсутствие займа: правовой титул</p> <p>Свидетельство о регистрации транспортного средства</p> <p>Счет или квитанция, подтверждающие оплату автомобильной страховки</p>	<p>Счет или квитанция, подтверждающие оплату ремонта транспортного средства, с указанием года изготовления, марки, модели и пробега</p>

## Критерии регистрации участника программы

Пожалуйста, отметьте **ВСЕ ПРИМЕНИМЫЕ** утверждения.



### Первоначальный контрольный перечень соответствия критериям регистрации

**Гражданство или постоянное жительство в США НЕ ТРЕБУЮТСЯ** для регистрации в качестве участника программы Project Access.

Если Вы **ЯВЛЯЕТЕСЬ** гражданином или постоянным жителем США, пожалуйста, заполните следующий перечень, чтобы мы могли проверить, имеете ли Вы право на другие льготы.

- Вы не застрахованы, у Вас нет доступа к медицинскому страхованию по программе Medicaid/OHP или Medicare, по программе страхования военнослужащих США, по закону COBRA, к страхованию, предоставляемому работодателем, или к частному страхованию, и *Вы не имеете права на совместное страхование* с супругом (супругой), сожителем (сожительницей) или родителем, а также на страхование в качестве учащегося образовательного учреждения.
- Вы не нуждаетесь в посещении медицинского специалиста в связи с травмами и (или) заболеваниями, вызванными автодорожным происшествием (MVA), полученными на работе (подлежащими компенсации работодателем) или в результате несчастного случая, рассматриваемого в рамках продолжающегося судопроизводства.
- Указанный Вами уровень Вашего дохода или дохода Вашей семьи как минимум на 200% ниже установленного федеральным правительством уровня бедности (FPL). Попросите работника направившей Вас клиники произвести точный расчет или воспользуйтесь информацией, приведенной на сайте <http://www.coalitionclinics.org/fpl.html>.
- В настоящее время Вы не беременны.
- Вам никогда не выставляли диагноз «Заболевание почек в конечной стадии» (ESRD), и Вам никогда не делали пересадку почки.
- Вам никогда не выставляли диагноз «Заболевание печени в конечной стадии» (ESLD), и Вам никогда не делали пересадку печени.
- Вы трудоспособны, т. е. не имеете права подавать заявление с просьбой о предоставлении льгот, предусмотренных для нетрудоспособных лиц службой социального обеспечения (SSDI).
- Вы не подозреваете, что у Вас может быть рак грудной железы или шейки матки (дающий право на участие в программе OBCCP).

### Дополнительный контрольный перечень

- Возраст: \_\_\_\_\_ (пожалуйста, укажите Ваш возраст)
- Вы подали еще не утвержденную заявку на участие в программе Medicaid/OHP.  
Дата подачи заявки: \_\_\_\_\_
- Вы подали заявку на участие в программе Medicaid/OHP, но получили отказ.  
Когда? \_\_\_\_\_ Причина отказа: \_\_\_\_\_
- Вы утратили страхование по программе Medicaid/OHP в связи с невыплатой взносов или несоблюдением правил, и больше не имеете права на участие в этой программе.  
Дата прекращения участия в программе Medicaid/OHP: \_\_\_\_\_
- Вы подали еще не утвержденную заявку на предоставление пособия по нетрудоспособности.  
Дата подачи заявки: \_\_\_\_\_
- Вы подали заявку на предоставление пособия по нетрудоспособности и получили отказ.  
Когда? \_\_\_\_\_ Причина отказа: \_\_\_\_\_
- Вы имеете право на пособие, предусмотренное законом COBRA.  
Срок действия права: от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ Сумма взноса: \_\_\_\_\_ долл.

### Куда подается заявление с просьбой о регистрации в качестве участника программы?

**Пожалуйста, верните заявление и сопровождающую его документацию координатору, работающему в направившей Вас клинике.**

Не забудьте приложить:

1. удостоверение личности;
2. удостоверение размера дохода **за последние 3 месяца** (дохода **ВСЕХ** проживающих вместе с Вами лиц, получающих доход);
3. удостоверение место проживания (в обслуживаемом районе, **как минимум на протяжении последних 6 месяцев**);
4. удостоверение стоимости имущества (если это требование применимо).

# Заявление с просьбой о регистрации

в качестве участника программы Project Access округа Малтнома

Для того, чтобы Ваше заявление было обработано, заполните все графы.

Если графа неприменима, проставьте символ Ø или сокращение N/A.



## I. ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		ВТОРОЕ ИМЯ		НАПРАВИЛ:		
ДОМ, УЛИЦА			ГОРОД	ШТАТ	П. ИНДЕКС		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)	
ДАТА РОЖДЕНИЯ		№ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ, УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ		КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ В РАЙОНЕ?		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		ТЕЛЕФОН (РАБ.)
ПОЛ	РАСА, НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (заполнение не обязательно)		ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ ЯЗЫК			ТЕЛЕФОН (СОТОВЫЙ, ТЕКСТОВЫЙ)		
М	Ж							

## II. ДАННЫЕ СЕМЬИ ПАЦИЕНТА, ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Пожалуйста, перечислите всех проживающих вместе с Вами лиц (указав в том числе себя самого). Доход включает заработок до уплаты налогов, суммы, получаемые с целью поддержки детей, алименты, доход от сдачи жилья внаем, пособия по безработице, пособия службы социального обеспечения, общественное и государственное вспомоществование и т. п. (кроме того, доход включает стоимость аренды жилья и жизнеобеспечения, оплачиваемую другими лицами в обмен на предоставляемые услуги.) Вы обязаны представить удостоверение размеров дохода всех проживающих с Вами лиц.

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ, ПРОЖИВАЮЩИЕ С ВАМИ ЛИЦА	ВОЗРАСТ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ПАЦИЕНТОМ, ХАРАКТЕР ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТОМ	ИСТОЧНИК ДОХОДА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД
1.				долл.
2.				долл.
3.				долл.
4.				долл.
5.				долл.
ИТОГО				долл.

## III. РАСХОДЫ И АКТИВЫ

АРЕНДА ЖИЛЬЯ, ИПОТЕКА: \_\_\_\_\_ долл.

БАЛАНС НА ЧЕКОВОМ СЧЕТЕ: \_\_\_\_\_ долл.

БАЛАНС ИПОТЕЧНОГО ЗАЙМА: \_\_\_\_\_ долл.

БАЛАНС НА СБЕРЕГАТЕЛЬНОМ СЧЕТЕ: \_\_\_\_\_ долл.

ПРОЧИЕ АКТИВЫ: \_\_\_\_\_ долл.

СТОИМОСТЬ ЖИЛЬЯ: \_\_\_\_\_ долл.

ДРУГАЯ НЕДВИЖИМОСТЬ, ПОМИМО ОСНОВНОГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ: \_\_\_\_\_ долл.

ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО: ТИП, МАРКА, МОДЕЛЬ: \_\_\_\_\_

РАЗМЕР ЗАДОЛЖЕННОСТИ: \_\_\_\_\_ долл.

АКЦИИ, ОБЛИГАЦИИ, ДЕПОЗИТЫ И Т. П.: \_\_\_\_\_ долл.

ПРОЧИЕ ТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА:  
для отдыха лодка с жилым кузовом прочее

РАЗМЕР ЗАДОЛЖЕННОСТИ: \_\_\_\_\_ долл.

ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ГРАФЫ, ПРИМЕНИМЫЕ К СПОСОБАМ ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОХОДОВ

- ПОСОБИЕ СОБЕСА (SSI)  ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ  ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ  ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ  ПОСОБИЕ ВЕТЕРАНА  
 ЛОТЕРЕЯ  СУПРУЖЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА  НАСЛЕДСТВО  Внесудебное урегулирование иска  
 ТРУДОУСТРОЙСТВО (полный или неполный рабочий день)  ПРОЧЕЕ: \_\_\_\_\_

ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОЛУЧАЕТЕ ДОХОД, ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ГРАФЫ, ПРИМЕНИМЫЕ К СПОСОБАМ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ВАШИХ ОСНОВНЫХ НУЖД, ТАКИХ, КАК ПОТРЕБНОСТЬ В ПРОДОВОЛЬСТВИИ, ОДЕЖДЕ, ПРИЮТЕ, ОСВЕЩЕНИИ, ОТОПЛЕНИИ, ВОДОСНАБЖЕНИИ И Т. П.

- БЕЗДОМНЫЙ: ЖИВЕТ В ПРИЮТЕ ИЛИ НА ПОПЕЧЕНИИ СОБЕСА  ЖИВЕТ У ДРУЗЕЙ, РОДСТВЕННИКОВ  
 ПОЛУЧАЕТ НЕБОЛЬШИЕ ЗАЙМЫ ОТ ДРУЗЕЙ, РОДСТВЕННИКОВ  ПРОЧЕЕ: \_\_\_\_\_

Настоящим я удостоверяю, что выше приведена вся известная мне информация о моих доходах и адресах. Настоящим я удостоверяю, что приведенная выше информация достоверна настолько, насколько я могу о ней судить, и не была предоставлена с целью ввести в заблуждение. Мне известно, что в случае предоставления мною недостоверной информации могут быть приняты соответствующие меры, в т. ч. выставление мне счета за оказанные услуги, и разрешаю произвести проверку моей кредитоспособности с целью подтверждения предоставленной мною информации.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## Соглашение с пациентом: права и обязанности пациента

### Права пациента

1. Вы имеете право на обеспечение конфиденциальности личной жизни в соответствии с полученным вами «Уведомлением о методах обеспечения конфиденциальности личной жизни».
2. Вы имеете право на получение всей информации, в общедоступном изложении, о предоставляемом Вам медицинском обслуживании.
3. Вы имеете право задавать вопросы, относящиеся к состоянию Вашего здоровья, и обсуждать такие вопросы, вызывающие у Вас беспокойство.
4. Вы имеете право обсуждать Ваши личные и культурные предпочтения с обслуживающим Вас врачом в процессе принятия решений, относящихся к Вашему медицинскому обслуживанию.
5. Вы имеете право на обеспечение Вашей безопасности и на внимательное отношение к Вам врача, персонала клиник и работников программы Project Access.
6. Вы имеете право обсуждать беспокоящие Вас проблемы, связанные с отношением к пациентам и к обеспечению безопасности, а также другие проблемы, связанные с программой Project Access (тел. программы Project Access: 503-517-2005).

### Обязанности пациента

1. Вы обязаны позвонить закрепленному за Вами координатору обслуживания (**Care Coordinator**) пациентов **направившей Вас клиники** с тем, чтобы подтвердить назначенное время приема, за 3 рабочих дня. Вам известно, что, если Вы не подтвердите назначенное время приема, прием может быть отменен.
2. По окончании каждого приема Вы обязаны звонить закрепленному за Вами координатору обслуживания (**Care Coordinator**) пациентов **направившей Вас клиники** с тем, чтобы обсудить дальнейшие шаги.
3. Вы обязаны являться на прием за 15 минут до назначенного времени приема.
4. Вам известно, что в том случае, если Вы пропустите назначенное время приема после того, как подтвердите свое намерение явиться на прием, Вас могут лишить права на участие в программе Project Access как минимум на шесть месяцев.
5. Вы обязаны выполнять медицинские указания и сотрудничать с персоналом обслуживающих Вас учреждений и координаторами обслуживания.
6. Вы обязаны приносить с собой Вашу карточку-удостоверение участника программы Project Access на каждый прием.
7. Вы обязаны обращаться со всеми не медицинскими вопросами к работникам программы Project Access, а не к персоналу добровольно обслуживающего Вас учреждения.
8. Вы обязаны предоставлять достоверную информацию и сообщать работникам программы Project Access о любых изменениях относящейся к Вам информации, таких, как изменение обстоятельств проживания, телефонного номера, условий трудоустройства и т. п.
9. Если услуги устного переводчика недоступны, Вы обязаны приводить с собой на прием владеющее английским языком совершеннолетнее лицо (в возрасте не менее 18 лет).
10. Вам известно, что медицинские услуги предоставляются Вам добровольно учреждениями, которым не платят за это обслуживание, и что Вас не обслуживают в рамках государственной программы или программы медицинского страхования. *Если Вы получите счет за оказанные услуги, не предусмотренные программой Project Access, Вы обязаны позвонить работнику программы Project Access, который поможет Вам в поиске возможностей оплаты этого счета третьей стороной.*

**В качестве пациента, участвующего в программе Project Access, я понимаю, что бесплатное обслуживание предоставляется мне врачами-добровольцами. Мне известно также, что программа Project Access не является программой медицинского страхования, и что предоставление мне каких-либо услуг не гарантируется.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия пациента печатными буквами: \_\_\_\_\_