

# Заявление на предоставление финансовой помощи



Уважаемый пациент!

**ВАЖНО – У ВАС ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ получить обслуживание бесплатно или со скидкой:** Заполнение этого заявления поможет компании SSM Health определить, можете ли Вы получить обслуживание бесплатно или со скидкой или претендовать на другие государственные программы, которые могут помочь оплатить Ваше лечение. Пожалуйста, заполните эту форму полностью, включая подпись и дату заполнения, и доставьте ее со всей необходимой подтверждающей документацией в больницу лично, по почте, по электронной почте или по факсу, чтобы подать заявку на получение обслуживания бесплатно или со скидкой.

**ЕСЛИ У ВАС НЕТ СТРАХОВКИ, ТО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕСПЛАТНО ИЛИ СО СКИДКОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.** Тем не менее, номер социального страхования нужен для некоторых государственных программ, в том числе Medicaid. Предоставление номера социального страхования не требуется, но поможет больнице определить, подходите ли Вы для каких-либо государственных программ.

Пациент подтверждает, что предоставил всю запрашиваемую в заявлении информацию, чтобы помочь больнице определить, имеет ли пациент право на получение финансовой помощи.

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК:

- Заполните все разделы заявления
- Подпишите заявление и поставьте дату (если вы состоите в браке, требуется подпись супруга)
- Последняя поданная федеральная налоговая декларация (включая все таблицы) или письмо от IRS о непредставлении
- Подтверждение валового дохода за последние два месяца всех членов домохозяйства

**Обращаем Ваше внимание:** Компания SSM Health не сможет определить Вашу правомочность без надлежащей документации. Убедитесь, что Вы собрали все необходимые документы. Отсутствие каких-либо из необходимых документов приведет к задержке обработки Вашего заявления.

Отправьте неизменные и непрошитые копии документации. Компания SSM не сможет вернуть оригиналы документов, рассматриваемых для предоставления финансовой помощи.

Пациенты, имеющие право на возможную безвозмездную помощь, также должны заполнить это заявление.

Если Вам нужна помощь при заполнении заявлений или у Вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с отделом обслуживания клиентов SSM Health по телефону: **(855) 989-6789**.



**По почте**  
**SSM Health:** Финансовые услуги для пациентов  
Внимание: Financial Assistance (Отдел финансовой помощи)  
PO Box 411997  
St. Louis, MO 63141



**По факсу**  
(314) 989-6734



**По электронной почте**  
financialaid@ssmhealth.com

## ПОМОЩИ

### Оклахома

- SSM Health Bone & Joint Hospital в Сейнт Энтони
- SSM Health St. Anthony Hospital – Оклахома-Сити
- SSM Health St. Anthony Hospital – Шоуни
- SSM Health St. Anthony Hospital – Мидуэст

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Сейнт Чарльз
- SSM Health St. Joseph Hospital – Лейк Сейнт Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Вентзвилл

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Одрейн
- SSM Health St. Mary's Hospital - Джефферсон-Сити
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital – Фентон

### Висконсин

- SSM Health St. Clare Hospital – Барабу
- SSM Health St. Mary's Hospital – Мадисон
- SSM Health St. Mary's Hospital – Джейнсвилл
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

### Иллинойс

- SSM Health Good Samaritan Hospital – Маунт-Вернон
- SSM Health St. Mary's Hospital - Сентрейлия

Идентификатор поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

**ВСЕ поля должны быть заполнены для обработки заявления. Укажите N/A (нет данных – Н/Д) во всех полях, для заполнения которых у Вас нет данных.**

### ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя пациента:		Дата рождения	Номер телефона	№ счета пациента	
Текущий почтовый адрес:		Кв. №	Город/Штат/Почтовый индекс	Семейное положение: <input type="checkbox"/> Не в браке <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Юридически <input type="checkbox"/> В разводе Проживаю отдельно <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)	Размер семьи:  (Заполните раздел ниже для членов семьи)
Номер социального страхования/ИИНН:  <input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	Застрахован: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Подávalи ли Вы заявку на программу Medicaid: <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет *Приложите письмо с указанием	Работа: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Самозанятый: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кол-во лет занятости:	Работодатель:  Если безработный, название последнего работодателя и дата увольнения:	

### ДАННЫЕ ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНЫ (ЕСЛИ ЭТО НЕ ПАЦИЕНТ)

Имя поручителя:		Дата рождения	Номер телефона	№ счета пациента	
Текущий почтовый адрес:		Кв. №	Город/Штат/Почтовый индекс	Семейное положение: <input type="checkbox"/> Не в браке <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> Юридически <input type="checkbox"/> В разводе Проживаю отдельно <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)	Размер семьи:  (Заполните раздел ниже для членов семьи)
Номер социального страхования/ИИНН:  <input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	Застрахован: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Подávalи ли Вы заявку на программу Medicaid: <input type="checkbox"/> Да* <input type="checkbox"/> Нет *Приложите письмо с указанием	Работа: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Самозанятый: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кол-во лет занятости:	Работодатель:  Если безработный, название последнего работодателя и дата увольнения:	

### СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Приложите отдельный лист для дополнительных членов семьи, в том числе все необходимые документы.

Имя и фамилия	Родственные отношения	Дата рождения и номер социального страхования/ИИНН	Работа – требуется подтверждение	Студент дневной формы обучения? *	Валовой ежемесячный доход, если ему 18 лет или больше - Укажите все применимые формы дохода и укажите общую сумму, полученную из всех источников. (Необходима документация для каждого источника дохода)
	<b>SAM</b>	<input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Студенческая виза?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Зароботная плата <input type="checkbox"/> Незанятость <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Пенсия(-и) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Социальное страхование <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка <input type="checkbox"/> Государственная помощь <input type="checkbox"/> Прочее
		<input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Студенческая виза?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Зароботная плата <input type="checkbox"/> Незанятость <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Пенсия(-и) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Социальное страхование <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка <input type="checkbox"/> Государственная помощь <input type="checkbox"/> Прочее
		<input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Студенческая виза?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Зароботная плата <input type="checkbox"/> Незанятость <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Пенсия(-и) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Социальное страхование <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка <input type="checkbox"/> Государственная помощь <input type="checkbox"/> Прочее
		<input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Студенческая виза?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Зароботная плата <input type="checkbox"/> Незанятость <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Пенсия(-и) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Социальное страхование <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка <input type="checkbox"/> Государственная помощь <input type="checkbox"/> Прочее
		<input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ИИНН	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Студенческая виза?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Зароботная плата <input type="checkbox"/> Незанятость <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Пенсия(-и) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Социальное страхование <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка <input type="checkbox"/> Государственная помощь <input type="checkbox"/> Прочее

## ПОМОЩИ

### Оклахома

- SSM Health Bone & Joint Hospital в Сейнт Энтони
- SSM Health St. Anthony Hospital – Оклахома-Сити
- SSM Health St. Anthony Hospital – Шоуни
- SSM Health St. Anthony Hospital – Мидуэст

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Сейнт Чарльз
- SSM Health St. Joseph Hospital – Лейк Сейнт Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Вентзвилл

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Одрейн
- SSM Health St. Mary's Hospital – Джефферсон-Сити
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital – Фентон

### Висконсин

- SSM Health St. Clare Hospital – Барабу
- SSM Health St. Mary's Hospital – Мадисон
- SSM Health St. Mary's Hospital – Джейнсвилл
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

### Иллинойс

- SSM Health Good Samaritan Hospital – Маунт-Вернон
- SSM Health St. Mary's Hospital – Центрейлия

Идентификатор поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

		<input type="checkbox"/> Нет номера социального страхования/ ИИНН	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Студенческая виза?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Заработная плата <input type="checkbox"/> Незанятость <input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности <input type="checkbox"/> Пенсия(-и) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Социальное страхование <input type="checkbox"/> Алименты/пособие на ребенка <input type="checkbox"/> Государственная помощь <input type="checkbox"/> Прочее
--	--	---	---	---	--

**Пожалуйста, предоставьте подтверждение валового дохода для всех членов семьи в возрасте 18 лет и старше, включая, но не ограничиваясь:** заработная плата, социальное обеспечение (письмо о предоставлении), пенсия, аннуитеты, пособие по безработице/нетрудоспособности, алименты/выплаты на ребенка, помощь правительства, пособие по инвалидности, пособие бастующим, стипендии/гранты, дивиденды/проценты, доход от аренды, денежные средства за услуги, и т. д. **Выписки с банковского счета не являются подтверждением/доказательством дохода.**

\*Иностранцам студентам необходимо предоставить студенческую визу и текущее школьное расписание.

**Обращаем Ваше внимание:** В зависимости от обстоятельств вашего заявления нам могут потребоваться дополнительные документы, включая, помимо прочего: банковские выписки, подтверждение дохода, справка о кормильце, счета за домашние/медицинские услуги, кредитный отчет(-ы) или другие доказательства для подтверждения финансовых потребностей.

АКТИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА**						
Имя члена семьи	Текущий(-ие) счет(-а) Название банка	Номер счета и баланс	Сберегательный(-ые) счет(-а) Название банка	Номер счета и баланс	Прочее (индивидуальный пенсионный счет, депозитный сертификат и т. д.)	Остаток на счету
	<input type="checkbox"/> Личный <input type="checkbox"/> Бизнес		<input type="checkbox"/> Личный <input type="checkbox"/> Бизнес			
	<input type="checkbox"/> Личный <input type="checkbox"/> Бизнес		<input type="checkbox"/> Личный <input type="checkbox"/> Бизнес			
	<input type="checkbox"/> Личный <input type="checkbox"/> Бизнес		<input type="checkbox"/> Личный <input type="checkbox"/> Бизнес			
Установите флажок, только если у членов домохозяйства:	<input type="checkbox"/> Нет текущего(-их) счета(-ов)		<input type="checkbox"/> Нет сберегательного(-ых) счета(-ов)		<input type="checkbox"/> Нет других форм ликвидных активов	
Имя члена семьи	Медицинский сберегательный счёт/Гибкий затратный счет (стоимость)	Автомобиль (Год/Марка/Модель)	Стоимость транспортного средства	Недвижимость в собственности (укажите тип - основное место жительства, аренда и т. д.) и цена покупки	Текущий остаток кредита	Любые другие активы и стоимость
		<input type="checkbox"/> Бизнес-автомобиль		Цена покупки:		Актив: Стоимость:
		<input type="checkbox"/> Бизнес-автомобиль		Цена покупки:		Актив: Стоимость:
		<input type="checkbox"/> Бизнес-автомобиль		Цена покупки:		Актив: Стоимость:
Установите флажок, только если у членов домохозяйства:	<input type="checkbox"/> Нет счета HSA/Flex	<input type="checkbox"/> Нет домашнего автомобиля		<input type="checkbox"/> Нет недвижимости *Если в собственности недвижимости нет, укажите следующее: <input type="checkbox"/> Аренда <input type="checkbox"/> Живу с родителями/родственником		<input type="checkbox"/> Нет

Приложите отдельный лист для дополнительной информации об имуществе.

ПАССИВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА**		
Расходы	В месяц	Причитающаяся сумма
Жилье		
Коммунальные услуги		
Питание		
Транспорт		
Уход за ребенком		

## ПОМОЩИ

### Оклахома

- SSM Health Bone & Joint Hospital в Сейнт Энтони
- SSM Health St. Anthony Hospital – Оклахома-Сити
- SSM Health St. Anthony Hospital – Шоуни
- SSM Health St. Anthony Hospital – Мидуэст

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Сейнт Чарльз
- SSM Health St. Joseph Hospital – Лейк Сейнт Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Вентзвилл

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Одрейн
- SSM Health St. Mary's Hospital – Джефферсон-Сити
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital – Фентон

### Висконсин

- SSM Health St. Clare Hospital – Барабу
- SSM Health St. Mary's Hospital – Мадисон
- SSM Health St. Mary's Hospital – Джейнсвилл
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

### Иллинойс

- SSM Health Good Samaritan Hospital – Маунт-Вернон
- SSM Health St. Mary's Hospital – Сентрейлия

Идентификатор поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

Кредиты		
Расходы на медицинское обслуживание		
Прочие расходы (перечень)		
Прочее:		

Приложите отдельный лист для дополнительной информации об ответственности.

**Пациенты, получающие лечение только в больницах штата Иллинойс: Если пациент отвечает предполагаемым критериям правомочности, описанным в 77 ILAC 4500.40, или иным образом имеет право, исходя из семейного дохода, ему не нужно заполнять этот раздел заявления \***

**\*\* Пациенты, получающие обслуживание в Сельской клинике SSM/Корпусах национальной службы здравоохранения, не обязаны заполнять этот раздел заявления \*\***

### СОГЛАШЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Я подтверждаю, что в меру моих знаний информация, указанная в этом заявлении, является правдивой. Я подаю заявление на получение любой государственной, федеральной или местной помощи, на которую у меня может быть право, в качестве помощи в оплате данного больничного счета. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена в больнице, и я разрешаю больнице связаться с третьими сторонами для проверки точности информации, представленной в этом заявлении. Я понимаю, что если я сознательно предоставил недостоверную информацию в этом заявлении, я не буду иметь права на получение финансовой помощи, любая финансовая помощь, предоставляемая мне, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату больничного счета.

Подпись поручителя Дата

Подпись супруга Дата

Предпочтительный способ связи:  Телефон: ( ) -  Эл. почта: \_\_\_\_\_  Иное: \_\_\_\_\_

## Обзор финансовой помощи

Компания SSM Health обязуется оказать финансовую помощь лицам, не имеющим страховки, застрахованным ниже действительной стоимости, не имеющим права на участие в государственной программе, или иным образом не в состоянии оплатить необходимую медицинскую помощь. Компания SSM Health окажет помощь в чрезвычайных медицинских ситуациях лицам, независимо от их платежеспособности.

Финансовая помощь предоставляется по скользящей шкале. Финансовые потребности каждого заявителя основаны на федеральном прожиточном минимуме, который включает в себя доходы и количество членов семьи. Финансовая потребность не учитывает возраст, пол, расу, социальный статус или статус иммигранта, сексуальную ориентацию или религиозную принадлежность. Компания SSM Health ограничивает сумму, начисляемую в чрезвычайных медицинских ситуациях и как помощь, необходимую с медицинской точки зрения, пациентам, имеющим право на получение финансовой помощи в рамках этой политики, до суммы, не превышающей общие расходы на оказание помощи, умноженной на суммы в процентном соотношении, обычно выставляемые в счетах.

**Чтобы претендовать на финансовую помощь**, вы должны заполнить Заявление на получение финансовой помощи. Бесплатные заявления доступны по адресу: [ssmhealth.com/financialaid](http://ssmhealth.com/financialaid). Бесплатное приложение также можно получить, сделав запрос по телефону (855) 989-6789, через MyChart, написав на [billingquestions@ssmhealth.com](mailto:billingquestions@ssmhealth.com) или обратившись к финансовому консультанту вашего учреждения. К заявлению необходимо приложить следующие документы:

- Справка о доходах (за последние три месяца)
- Федеральная налоговая декларация за прошлый год или письмо о непредоставлении налоговой декларации

Незастрахованные пациенты автоматически получают скидку на их счет. Это будет отмечено в Вашем платежном документе. Это не лишает Вас права на финансовую помощь. Для незастрахованных пациентов финансовая помощь применяется после скидки. Пациенты без достаточного страхового покрытия также могут иметь право на получение помощи.

Наши финансовые консультанты помогут определить ваше право на получение финансовой помощи или ответят на вопросы, касающиеся процесса подачи заявления. При необходимости они могут помочь Вам подать заявление на программу Medicaid или установить график платежей.

Ожидается, что пациенты будут соблюдать политику предоставления финансовой помощи компании SSM Health и процесс подачи заявления. Право на получение финансовой помощи могут иметь только жители в первичных зонах обслуживания медицинскими учреждениями компании SSM Health. В тех случаях, когда пациент по-видимому имеет право на получение финансовой помощи, но не предоставлено никаких доказательств, компания SSM Health может использовать сторонние организации для определения права.

Политика финансовой помощи, политика выставления счетов и сбора средств, краткое изложение на понятном языке и заявление на получение финансовой помощи доступны по адресу [ssmhealth.com/financialaid](http://ssmhealth.com/financialaid) на нескольких языках, включая, но не ограничиваясь: английский, испанский, китайский, французский, корейский, русский и арабский языки. Эти документы также можно получить по почте или электронной почте, отправив запрос в службу поддержки клиентов по адресу: (855) 989-6789, [billingquestions@ssmhealth.com](mailto:billingquestions@ssmhealth.com) или через MyChart. Финансовые консультанты, которые находятся на территории каждого учреждения по адресам, указанным ниже, также могут лично предоставить копии вышеуказанных документов.

**Копия нашей политики выставления счетов и сбора средств, в которой описываются действия, которые компания SSM Health может предпринять в случае неуплаты, предоставляется бесплатно по запросу.**

Компания SSM Health может в любое время пересмотреть критерии, определяющие право на получение финансовой помощи. Будьте уверены, что компания SSM Health понимает конфиденциальность Вашей личной информации и всячески старается защитить Вашу частную жизнь.

**Все сообщения, касающиеся спорных долгов, включая любые формы оплаты для полного погашения долга, должны направляться по следующему адресу.**

Оспариваемые счета  
PO Box 411997  
St. Louis, MO 63141

**Платежи для полного погашения долга, которые не отправлены по указанному адресу, учитываться не будут.**

## ПОМОЩИ

### Оклахома

- SSM Health Bone & Joint Hospital в Сейнт Энтони
- SSM Health St. Anthony Hospital – Оклахома-Сити
- SSM Health St. Anthony Hospital – Шоуни
- SSM Health St. Anthony Hospital – Мидуэст

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Сейнт Чарльз
- SSM Health St. Joseph Hospital – Лейк Сейнт Луис
- SSM Health St. Joseph Hospital – Вентзвилл

### Миссури

- SSM Health St. Mary's Hospital – Одрейн
- SSM Health St. Mary's Hospital - Джефферсон-Сити
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital – Сент-Луис
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital – Фентон

### Висконсин

- SSM Health St. Clare Hospital – Барабу
- SSM Health St. Mary's Hospital – Мадисон
- SSM Health St. Mary's Hospital – Джейнсвилл
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

### Иллинойс

- SSM Health Good Samaritan Hospital – Маунт-Вернон
- SSM Health St. Mary's Hospital - Центрейлия

Идентификатор поручителя: \_\_\_\_\_  
(для служебного пользования)

**Заполненные заявления или вопросы относительно финансовой помощи можно отправлять по следующим адресам:**



#### По почте

**SSM Health:** Финансовые услуги для пациентов  
Вниманию: Financial Assistance  
(Отдел финансовой помощи)  
PO Box 411997  
St. Louis, MO 63141



#### По факсу

(314) 989-6734



#### По электронной почте

financialaid@ssmhealth.com



#### По телефону

(855) 989-6789

### Лично

Обратитесь к финансовому консультанту в учреждении, в котором Вы получили помощь. Адрес указан ниже.

#### Миссури

**SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital**  
1465 S. Grand Blvd.  
St. Louis, MO 63104

**SSM Health DePaul Hospital – St. Louis**  
12303 DePaul Drive  
St. Louis, MO 63044

**SSM Health St. Joseph Hospital – St. Charles**  
300 First Capitol Drive  
St. Charles, MO 63301

**SSM Health St. Joseph Hospital – Wentzville**  
500 Medical Drive  
Wentzville, MO 63385

**SSM Health St. Joseph Hospital – Lake Saint Louis**  
100 Medical Plaza  
Lake Saint Louis, MO 63367

**SSM Health St. Mary's Hospital – St. Louis**  
6420 Clayton Road  
Richmond Heights, MO 63117

**SSM Health St. Clare Hospital – Fenton**  
1015 Bowles Ave  
Fenton, MO 63026

**SSM Health St. Louis University Hospital**  
1201 S Grand Blvd  
St. Louis, MO 63104

**SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City**  
2505 Mission Drive  
Jefferson City, MO 65109

**SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain**  
620 E. Monroe  
Mexico, MO 65265

#### Иллинойс

**SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia**  
400 N. Pleasant Ave  
Centralia, IL 62801

**SSM Health Good Samaritan Hospital – Mt. Vernon**  
1 Good Samaritan Way  
Mount Vernon, IL 62864

#### Оклахома

**SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony**  
1111 N. Dewey Ave.  
Oklahoma City, OK 73103

**SSM Health St. Anthony Hospital – Oklahoma City**  
1000 N. Lee  
Oklahoma City, OK 73102

**SSM Health St. Anthony Hospital – Shawnee**  
1102 W. Macarthur St.  
Shawnee, OK 74804

**SSM Health St. Anthony Hospital – Midwest**  
2825 Parklawn Drive  
Midwest City, OK 73110

#### Висконсин

**SSM Health St. Clare Hospital – Baraboo**  
707 14<sup>th</sup> St.  
Baraboo, WI 53913

**SSM Health St. Mary's Hospital – Madison**  
700 S. Park St.  
Madison, WI 53715

**SSM Health St. Mary's Hospital – Janesville**  
3400 E. Racine St.  
Janesville, WI 53546

**St. Agnes Hospital**  
430 East Division St  
Fond du Lac, WI 54935

**Waupun Memorial Hospital**  
620 W. Brown St  
Waupun, WI 53963

**Ripon Medical Center**  
845 Parkside St  
Ripon, WI 54971