

Data: _____

MacNeal Hospital
Wniosek o pomoc finansową

Dziękujemy za wybranie usług MacNeal Hospital w zakresie opieki zdrowotnej. W celu sprawdzenia, czy kwalifikują się Państwo do skorzystania z pomocy finansowej, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przekazanie go wraz z kopiami dokumentów wymienionych we wniosku.

Ważne: MOŻE PAŃSTWU PRZYSŁUGIWAĆ BEZPŁATNA LUB CZĘŚCIOWO PŁATNA OPIEKA: Wypełnienie tego wniosku pomoże MacNeal Hospital określić, czy przysługują Państwu bezpłatne lub częściowo płatne usługi lub inne publiczne programy, dzięki którym będą Państwo mogli pokryć koszty leczenia. Prosimy o przekazanie niniejszego wniosku szpitalowi.

JEŻELI NIE SĄ PAŃSTWO UBEZPIECZENI, DO ZAKWALIFIKOWANIA DO BEZPŁATNEJ LUB CZĘŚCIOWO PŁATNEJ OPIEKI NIE JEST WYMAGANY NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO. Jednakże numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, np. Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi w określeniu, czy kwalifikują się Państwo do któregoś z programów publicznych.

Proszę wypełnić niniejszy formularz i przekazać go szpitalowi osobiście, przesłać pocztą, za pośrednictwem poczty e-mailem bądź faksem, aby ubiegać się o bezpłatną lub częściowo płatną opiekę w ciągu 60 dni od daty wypisu lub skorzystania z opieki ambulatoryjnej.

Pacjent potwierdza, że działając w dobrej wierze przekazał wszystkie informacje wymagane we wniosku, aby pomóc szpitalowi w określeniu, czy kwalifikuje się on do otrzymania pomocy finansowej.

Uwaga: Jeżeli pacjent spełnia kryteria domniemanego zakwalifikowania wyznaczone przez MacNeal Hospital opisane w polityce domniemanego zakwalifikowania lub w sposób domniemany przysługuje mu pomoc finansowa ze względu na dochód rodzinny, nie musi on wypełniać sekcji MIESIĘCZNE WYDATKI w niniejszym wniosku.

Określenie kwalifikacji wpłynie wyłącznie na należną część z dniem otrzymania wypełnionego wniosku, a dokonanie tej czynności pozostaje w wyłącznej gestii MacNeal Hospital.

Rozpatrzenie niniejszego wniosku zostanie przełożone lub anulowane, jeżeli z chwilą jego składania nie zostaną przekazane wszystkie wymagane informacje.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia _____

Numer ubezpieczenia społecznego pacjenta (nie jest wymagany w przypadku braku ubezpieczenia):

Nr telefonu: _____ Adres e-mail: _____

Adres: _____

Czy był(a) Pan(i) uczestnikiem domniemanego przestępstwa bądź wypadku? **TAK/NIE**

Czy w okresie korzystania z usług MacNeal był(a) Pan(i) mieszkańcem stanu Illinois?

TAK/NIE

Uwaga: Jeżeli małżonek/partner jest poręczycielem albo pacjent jest nieletni, a poręczycielem jest jego rodzic lub opiekun, należy podać poniżej imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu poręczyciela.

Imię i nazwisko poręczyciela: _____

Nr telefonu poręczyciela: _____

Adres poręczyciela: _____

INFORMACJE NA TEMAT RODZINY / GOSPODARSTWA DOMOWEGO:

Liczba osób w gospodarstwie domowym pacjenta: _____

Liczba osób, które pozostają na utrzymaniu pacjenta: _____

Wiek osób, które pozostają na utrzymaniu pacjenta: _____

DOCHÓD RODZINY I INFORMACJE NA TEMAT ZATRUDNIENIA:

Czy pacjent lub małżonek pacjenta, rodzice/opiekunowie (w przypadku nieletnich) posiadają obecnie zatrudnienie? TAK/NIE

Jeżeli tak, proszę podać następujące informacje w odniesieniu do każdego pracodawcy (imię i nazwisko / nazwa, adres, numer telefonu). Proszę w razie konieczności załączyć dodatkowe arkusze.

Nazwa pracodawcy: _____ Nazwa pracodawcy: _____

Nr telefonu pracodawcy: _____ Nr telefonu pracodawcy: _____

Adres pracodawcy: _____ Adres pracodawcy: _____

W przypadku rozwodu bądź separacji, czy Pana/Pani małżonek/partner jest finansowo odpowiedzialny za opiekę medyczną nad pacjentem zgodnie z wyrokiem o rozwodzie/separacji? TAK/NIE

Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje: _____

Proszę podać miesięczny przychód brutto pacjenta z każdego z następujących źródeł: Proszę uwzględnić przypadki, w których małżonek, partner lub rodzic/opiekun jest poręczycielem pacjenta:

Wynagrodzenie: _____

Samozatrudnienie: _____

Zasiłek dla bezrobotnych: _____

Ubezpieczenie społeczne: _____

Niepełnosprawność w ramach ubezpieczenia społecznego (Social Security disability):

Świadczenia kombatanckie: _____
 Niepełnosprawność kombatanta: _____
 Niepełnosprawność osoby prywatnej: _____
 Zasiłek pracowniczy: _____
 Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie (TANF): _____
 Dochód z emerytury: _____
 Zasiłek na dziecko, alimenty lub inne wsparcie ze strony małżonka: _____
 Pozostałe przychody: _____
CAŁKOWITY MIESIĘCZNY PRZYCHÓD BRUTTO: \$ _____

INFORMACJE NA TEMAT UBEZPIECZENIA/ŚWIADCZEŃ:

Proszę wymienić wszelkie prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz ubezpieczenia finansowane przez rząd (np. Medicare, Medicaid bądź Veterans Administration (Ośrodek Kombatanatów)):

Czy ubiegał(a) się Pan(i) o objęcie jakimkolwiek programem medycznym finansowanym przez rząd (nawet jeśli wniosek został odrzucony) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? TAK/NIE

Jeżeli tak, proszę podać nazwę programu(-ów): _____

Czy rozwiązał(a) Pan(i) stosunek pracy w ciągu ostatnich 30 dni? TAK/NIE

Jeżeli tak, to czy kwalifikuje się Pan(i) do świadczeń Cobra? TAK/NIE

Jeżeli tak:

Nazwa pracodawcy: _____

Nazwa ubezpieczenia zdrowotnego: _____

INFORMACJE NA TEMAT AKTYWÓW I ICH SZACOWANEJ WARTOŚCI:

Proszę zaznaczyć wszelkie odnośne aktywa i podać wartość każdego z nich:

- Nieruchomość, w tym miejsce zamieszkania / dom Aktualna wartość (wszystkie nieruchomości): _____
- Pojazd(-y) silnikowe / inne pojazdy Aktualna wartość (wszystkie pojazdy): _____
- Konta bieżące i oszczędnościowe Aktualna wartość (wszystkie konta): _____
- Udziały Aktualna wartość: _____
- Certyfikaty depozytowe Aktualna wartość: _____
- Fundusze wzajemne Aktualna wartość: _____
- Oszczędności na cele zdrowotne / Konto Aktualna wartość: _____

zmiennych wpłat i wydatków

CAŁKOWITA WARTOŚĆ: \$ _____

MacNeal Hospital MOŻE WYSTĄPIĆ O PRZEDSTAWIENIE DOKUMENTACJI WERYFIKUJĄCEJ WARTOŚĆ AKTYWÓW. AKCEPTOWANE DOKUMENTY TO MIĘDZY INNYMI ZAŚWIADCZENIA Z INSTYTUCJI FINANSOWYCH LUB STRON TRZECICH WERYFIKUJĄCYCH WYCENĘ AKTYWÓW.

SZACUNKOWE MIESIĘCZNE WYDATKI:

Proszę określić szacunkowe miesięczne wydatki w następujących kategoriach:

Cele mieszkaniowe	_____
Media	_____
Żywność	_____
Transport	_____
Opieka nad dziećmi	_____
Kredyty	_____
Wydatki na leczenie	_____
Pozostałe wydatki	_____
CAŁKOWITE MIESIĘCZNE WYDATKI:	\$ _____

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że informacje podane we wniosku są według posiadanej przeze mnie wiedzy poprawne i zgodne ze stanem faktycznym. Aby uzyskać pomoc w opłaceniu rachunku wystawionego przez szpital, będę ubiegać się o każde państwowe, federalne bądź lokalne wsparcie, które może mi przysługiwać. Rozumiem, że przekazane informacje mogą zostać sprawdzone przez szpital i upoważniam go do kontaktowania się z osobami trzecimi w celu sprawdzenia informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeśli we wniosku świadomie podam nieprawdziwe informacje, nie będę mógł skorzystać z pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc może zostać cofnięta i będę zobowiązany do opłacenia rachunku wystawionego przez szpital.

Podpis pacjenta/poręczyciela: _____ Data: _____

DOKUMENTACJA DODATKOWA:

Aby dokonać sprawdzenia dochodu rodziny proszę przekazać dowolny (1) z poniższych dokumentów w odniesieniu do każdego pacjenta/poręczyciela i każdego członka gospodarstwa domowego pacjenta/poręczyciela:

- Kopia ostatniego zeznania podatkowego wraz z harmonogramami
- Kopia ostatniego formularza W-2 oraz formularzy 1099
- W przypadku wypłaty w formie gotówki, zaświadczenie o wysokości cotygodniowego wynagrodzenia od pracodawcy
- Zaświadczenie o przyznaniu świadczenia w ramach ubezpieczenia społecznego (dochodu lub niepełnosprawności) bądź zaświadczenie o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych
- Kopie dwóch (2) ostatnich odcinków wypłaty, tylko w sytuacji gdy nie może Pan(i) przedstawić powyższych dokumentów.

W celu zweryfikowania miejsca zamieszkania pacjenta, proszę przedstawić jeden (1) z poniższych dokumentów:

- Aktualny dokument tożsamości wydany przez urząd państwowy (np. prawo jazdy);
- Potwierdzenie wpływu dochodów z czynszu lub najmu;
- Ostatni rachunek za media;
- Karta rejestracyjna pojazdu;
- Karta rejestracji do głosowania;
- Przesyłki pocztowe zaadresowane na pacjenta pod adresem w Illinois przesłane przez instytucję rządową lub inne wiarygodne źródło;
- Oświadczenie członka rodziny pacjenta, który mieszka pod tym samym adresem co pacjent i przedstawi aktualne potwierdzenie jego miejsca zamieszkania;
- Pismo ze schroniska dla bezdomnych, domu zakwaterowania tymczasowego bądź podobnej instytucji, potwierdzające, że pacjent mieszka w danej instytucji.

Proszę przesłać wniosek oraz dodatkową wymaganą dokumentację w ciągu sześćdziesięciu (60) dni roboczych.

*****NIEKOMPLETNE WNIOSKI MOGĄ ZOSTAĆ ODRZUCONE.*****

Wnioski proszę przysłać na adres:

MacNeal Hospital - Attn: Financial Assistance
3249 S. Oak Park Avenue
Berwyn IL. 60402

Numer faksu: 708-783-5995

Adres email: grecia.garcia@coniferhealth.com
Marisol.serrano@coniferhealth.com
Alicia.artega@coniferhealth.com

W przypadku pytań bądź potrzeby uzyskania pomocy w wypełnianiu wniosku, proszę dzwonić pod poniższy numer telefonu.

Dział obsługi finansowej pacjentów

Financial Assistance Tel.: 708-783-3609