



**Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)**

Poštovani pacijentu/podnosiocu Zahtjeva,

Ascension je motiviran saosećanjem i posvećen pružanju personalizovane nege za sve—posebno za one kojima je najpotrebnija. Naša misija i privilegija je da ponudimo finansijsku pomoć našim pacijentima. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinsku neophodnu negu. Hvala vam što nam poveravate staranje o vama i vašoj porodici za sve vaše zdravstvene potrebe.

Šaljemo vam ovo pismo i priložen zahtjev za finansijsku pomoć jer smo primili vašu molbu. Ako niste zahtjevali to, molimo vas da zanemarite. Molimo vas da popunite obje strane, uključujući vaš potpis i datum pre nego što ga vratite. Ako ste popunili zahtjev u posljednjih šest mjeseci i dobili odobrenje za finansijsku pomoć, obavjestite nas. Možda neće biti potrebno da popunjavate novi zahtjev. Nećemo razmatrati prethodni zahtjev koja je starija od šest mjeseci.

Uz zahtjev, molimo da priložite kopiju najmanje jedne od sledećih stavki kao dokaz o prihodu. Ako ste udati/oženjeni ili živite sa partnerom/partnerkom 6 meseci ili duže, on/ona će takođe morati da prilože kopiju najmanje jedne od sledećih stavki kao dokaz o svom prihodu pre nego što zahtjev bude mogao da se obradi.

- Kopije 3 poslednje isplate plate od poslodavca
- Kopije najnovije poreske prijave (ako je samozapošljen/a, uključiti sve planove) ili verifikacija nepodnošenja prijave ([www.irs.gov/form4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- Potvrda o dodeli socijalnog osiguranja i/ili penzije/mirovine
- Najnovija godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja, ako je podnosilac zahtjeva izdražavano lice navedeno na njihovom poreskom obrascu i mlađe od 25 godina
- Druga dokumenta za potvrdu prihoda
- Kopije izvoda iz banke za zadnja 3 meseca
- Kopija potvrde naknade za nezaposlenost

Ako dobijate pomoć ili živite u kući sa porodicom ili prijateljima, molimo da oni popune priloženi obrazac obeležen sa „Pismo potpore“ i prilože kopiju svoje ID sa slikom. Ovime oni ne postaju odgovorni za vaše zdravstvene račune. Ovo će pomoći da se pokaže kako možete sebi priuštiti životne troškove. Ako ne dobijate nikakvu pomoć od porodice i prijatelja, ovaj obrazac Pisma potpore ne morate popunjavati.

Na kraju, molimo da takođe priložite dokumentaciju kao dokaz vaših nenaplaćenih mesečnih medicinskih i apotekarskih troškova/troškova za lekove.

Molimo da obratite pažnju da samo popunjen zahtjev sa dokazom o prihodu mora biti primljen da bi se zahtjev uzeo u razmatranje. Nismo u mogućnosti da obrađujemo ili uzimamo u razmatranje zahtjeve koji nisu potpuni.

Molimo da imate na umu da komunikacije e-poštom preko interneta nisu bezbedne. Mada je malo verovatno, postoji mogućnost da informacije koje navedete u e-pošti presretnu i pročitaju druge strane osim osobe na koju je ona upućena.

Želimo da zaštitimo vaše lične podatke i postaramo se da ostanu bezbedne. Pošto zahtjev sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne informacije, preporučujemo da ih ne šaljete u e-pošti.

Molimo da odštampate i pošaljete poštom ili lično dostavite vaš popunjen zahtjev na jednu od sledećih adresa:

**ASCENSION ST. VINCENT'S RIVERSIDE  
HOPE PROGRAM  
1 SHIRCLIFF WAY  
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S SOUTHSIDE  
HOPE PROGRAM  
4201 BELFORT RD  
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY COUNTY  
HOPE PROGRAM  
1670 ST. VINCENT'S WAY  
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST. VINCENT'S ST JOHNS  
HOPE PROGRAM  
205 TRINITY WAY  
ST. JOHNS FL 32259**

Ako imate nekih pitanja u vezi zahtjeva, pozovite nekog od naših predstavnika pacijenata na broj telefona (904) 308-1956.

S poštovanjem,

Finansijska služba za  
pacijente Ascension St.  
Vincent's

## Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

**Dodatna skrining pitanja za finansijsku pomoć**

- |   |     |  |
|---|-----|--|
| Da li imate zdravstveno osiguranje?   | D N | Naziv osiguravajuće kompanije i<br>ID člana _____  |
| Da li ste mlađi od 21 i stariji od 65 godina?   | D N | <input type="checkbox"/> Mlađi od 21 <input type="checkbox"/> Stariji od 65  |
| Da li imate maloletnu decu kod kuće?  | D N |  |
| Da li ste trudni?   | D N |  |
| Da li vas Uprava socijalnog osiguranja<br>smatra invalidom ili Da li imate<br>slučaj invalidnosti u toku?   | D N | <input type="checkbox"/> Invalid<br><input type="checkbox"/> U toku: kada ste podneli zahtjev?   |
| Kakav je vaš status SAD državljanstva? <i>Obratite<br/>pažnju: ovo pitanje se postavlja isključivo u<br/>svrhe podobnosti<br/>za Emergency Medicaid</i> | D N | <input type="checkbox"/> Građanin SAD <input type="checkbox"/> Izbeglica<br><input type="checkbox"/> Zelena karta <input type="checkbox"/> VIZA (radna ili<br>posetioca) |

**Molimo da navedete razlog zašto se prijavljujete za finansijsku pomoć/HOPE**

- Imam nepodmirene medicinske račune zbog odlaska u Urgentni centar/  
Lječenja u bolnici/ Planirane nege (zaokružite jedan ili više odgovora)
- Drugo (unesite sažeto objašnjenje) \_\_\_\_\_

**Vrijeme obrade zahtjeva**

- Može trajati do 45 dana ali naši finansijski savjetnici rade marljivo da bi obradili vašu prijavu što je brže moguće.
- Da biste pomogli našim finansijskim savjetnicima u postupku, uvjerite se da podnosite potpuno popunjen i potpisan zahtjev sa svim potrebnim dokumentima kako bi se izbjeglo kašnjenje u obradi vašeg zahtjeva.



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

## Detaljna uputstva za zahtjev za finansijsku pomoć

- Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć**  
Popunite sva relevantna polja, potpišite i datirajte
- Skrining pitanja za finansijsku pomoć**  
Molimo zaokružite Da ili Ne i navedite dodatne informacije gde su potrebne
- Pismo potpore**  
Molimo da popunite ako se odnosi na vas
- Obrazac potvrde za beskućnike**  
Popunite u cijelosti ako se odnosi na vas
- Priopćenje o finansijskim informacijama, obrazac 2613 (samo stanovnici Floride)**  
DCF (Odjel za djecu i porodice) treba koristiti ovaj obrazac u svrhu podobnosti i utvrđivanja za Medicaid i da li ste vi podobni.  
Linije za potpis moraju uključivati potpise pacijenta i supružnika ako je primjenjivo.
- Punomoćje imenovanog predstavnika, obrazac 2505 (samo stanovnici Floride)**  
Potpis i datum na liniji za potpis klijenta.  
Ovaj obrazac se treba koristiti u svrhu podobnosti i utvrđivanja za Medicaid. On nam omogućuje da popunimo vaš zahtjev za Medicaid i pratimo vaš slučaj Medicaid. Nemojte da unosite ime predstavnika.
- Prilog C (samo za stanovnike GA)**  
Potpišite vaše ime ispod 10. i datirajte ispod 11.
- R1 Ovlašćenje za predstavnika pacijenta**  
Potpis i datum
- R1 Ovlašćenje za razmatranje zdravstvenog osiguranja**  
Molimo da popunite potrebne informacije ako se odnose na vas.

# Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

## Informacije o pacijentu

(Molimo da odštampate i sva polja moraju biti popunjena. Označite N/P ako nije primjenjivo na svakoj pojedinačnoj liniji u zahtjevu)

Datum \_\_\_\_\_ Broj računa \_\_\_\_\_

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj radnih sati nedeljno \_\_\_\_\_ Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

## Informacije o odgovornoj strani/informacije o zakonskom staratelju

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, ostavite ovaj deo praznim.)

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj radnih sati nedeljno \_\_\_\_\_ Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

## Informacije o supružniku odgovorne strane

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, popunite informacije o supružniku za pacijenta.)

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj radnih sati nedeljno \_\_\_\_\_ Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

## Izdržavana lica odgovorne strane

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, popunite informacije o supružniku za pacijenta.)

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Odnos sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Broj odraslih i dece koji žive u domaćinstvu \_\_\_\_\_

## Mesečni prihod

(Popunite u iznosima u dolarima za svaku stavku navedenu dole. Navedite iznos mesečno za svakoga.)

Ostvaren prihod podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_

Prihod supružnika podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_

Naknade za socijalno osiguranje \_\_\_\_\_

Penzioni/mirovinski prihod \_\_\_\_\_

Prihod od invalidnine \_\_\_\_\_

Naknada za nezaposlenost \_\_\_\_\_

Naknade radnicima \_\_\_\_\_

Prihod od kamata/dividendi \_\_\_\_\_

Primljen dečiji dodatak \_\_\_\_\_

Primljena alimentacija \_\_\_\_\_

Prihod od iznajmljivanja nekretnina \_\_\_\_\_

Bonovi za hranu \_\_\_\_\_

Primljena distribucija uzajamnih fondova \_\_\_\_\_

Drugi prihod \_\_\_\_\_

Drugi prihod \_\_\_\_\_

**Ukupan bruto mesečni prihod u \$** \_\_\_\_\_

## Mesečni troškovi života

Hipoteka/zakup \_\_\_\_\_

Komunalni troškovi \_\_\_\_\_

Telefon (fiksni) \_\_\_\_\_

Mobilni telefon \_\_\_\_\_

Namernice/hrana \_\_\_\_\_

Kablovska/internet/satelitski tv \_\_\_\_\_

Otplata automobila \_\_\_\_\_

Nega deteta \_\_\_\_\_

Dečiji dodatak/alimentacija \_\_\_\_\_

Kreditne kartice \_\_\_\_\_

Računi lekara/bolnice \_\_\_\_\_

Osiguranje vozila/automobila \_\_\_\_\_

Osiguranje kuće/imovine \_\_\_\_\_

Medicinsko/zdravstveno osiguranje \_\_\_\_\_

Osiguranje života \_\_\_\_\_

Drugi mesečni troškovi \_\_\_\_\_

**Ukupni mesečni troškovi u \$** \_\_\_\_\_

## Imovina

Gotovina/štednje/čekovni računi \_\_\_\_\_

Akcije/obveznice/ulaganja/CD(s) \_\_\_\_\_

Druga nekretnina/sekundarno prebivalište \_\_\_\_\_

Čamac/kamper/motocikl/rekreativno vozilo \_\_\_\_\_

Kolekcionar automobila/automobili za zabavu \_\_\_\_\_

Druga imovina \_\_\_\_\_

Ovime potvrđujem da su gornje informacije tačne i potpune prema mom najboljem saznanju. Ovime ovlašćujem bolnicu da pribavi informacije od vanjskih agencija za kreditno izvešće ako bolnica to smatra neophodnim.

Potpis podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Komentari** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

# Pismo potpore

Broj zdravstvenog kartona pacijenta/broj računa \_\_\_\_\_

Ime pomoćnika \_\_\_\_\_

Odnos sa pacijentom/podnosiocem zahtjeva \_\_\_\_\_

Adresa pomoćnika \_\_\_\_\_

Za Ascension:

Ovo pismo ima za cilj da obavjesti da (ime pacijenta) \_\_\_\_\_ prima mali ili ne prima nikakav prihod i ja njemu/njoj pomažem sa troškovima života. On/ona ima malu ili nikakvu obavezu prema meni.

Potpisivanjem ove izjave, saglasan/a sam da informacije navedene tačne prema mom najboljem saznanju.

Potpis pomoćnika \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

### OBRAZAC POTVRDE ZA BESKUĆNIKE

Ime pacijenta: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_

Zadnja 4 broja SSN-a: \_\_\_\_\_ Potvrđen SSN (D/N): \_\_\_\_\_

Ja sam trenutno beskućnik i omogućeno mi je da primam poštu na sljedećoj adresi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dobijam bonove za hranu u iznosu od \$ \_\_\_\_\_ mesečno.

Nezaposlen/a sam i nemam prihode posljednjih \_\_\_\_\_ meseci.

#### PACIJENT

Ovim potvrđujem da je moj odgovor na konkretnu prethodnu izjavu, istinit, potpun i tačan. Potpisivanjem ove Potvrde, vi potvrđujete da ste pročitali ovu Potvrdu ili da vam je neko pročitao i da ste stavili važeći, legalni potpis.

\_\_\_\_\_  
Potpis pacijenta Datum Broj telefona

#### Vlasnik kuće/Izdavalac kuće

Molimo da kućevlasnik/Izdavalac kuće gdje vam je dozvoljeno da primete poštu popuni ovaj odjeljak:

Ja \_\_\_\_\_ potvrđujem da \_\_\_\_\_ je trenutno beskućnik i da mu je dozvoljeno da prima poštu na mojoj adresi navedenoj gore.

\_\_\_\_\_  
Potpis kućevlasnika Datum Broj telefona





Država Florida  
Estado De La Florida

Odjel za djecu i obitelji  
Departamento de Niños y Familias

**PRIOPĆENJE O FINANSIJSKIM  
INFORMACIJAMA**  
*Autorización Para Informe Económico*

Datum (*Fecha*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Broj slučaja ili ACCESS broj  
(*Numero del Caso o Numero de ACCESS*)

Nadležnoj osobi:  
(*A Quien Pueda Interesar*):

Ovim dajem odobrenje i opunomoćujem bilo koju banku, građevinsko udruženje, poslodavca, osiguravajuće društvo, kompaniju za nekretnine ili vladinu agenciju ili bilo koju finansijsku instituciju bilo koje vrste da obelodani bilo kom agentu Odjela za djecu i porodice potpune informacije koje se tiču mojih bankovnih računa, zarada, polisa osiguranja, imovine ili beneficija, za vremenski period naveden u nastavku.

*(Par la presente autorizo a cualquier banco, compañía de construcción, compañía de seguros, compañía de bienes raíces, agencia de gobierno o institución financiera que a su solicitud, a suministrar información sobre mis cuentas bancarias, ingresos, pólizas de seguro, propiedades o beneficios, por el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)*

Ovo priopćenje važi od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

*(Esta autorización es válida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.)*

Potpis(i): \_\_\_\_\_  
(*Firma(s)*)

Ime(na) na računu: \_\_\_\_\_  
(*Nombre(s) en la Cuenta*)

\_\_\_\_\_  
Potpis ESS stručnjaka

\_\_\_\_\_  
Datum



**Ukloni**

## PUNOMOĆJE IMENOVANOG PREDSTAVNIKA

\_\_\_\_\_  
Broj slučaja

\_\_\_\_\_  
Ime klijenta

### Popunio klijent

Želeo bih da \_\_\_\_\_ djeluje u moje ime prilikom utvrđivanja moje  
\_\_\_\_\_ Ime predstavnika  
podobnost za javnu pomoć od Odjela za djecu i porodice.

\_\_\_\_\_  
Potpis klijenta

\_\_\_\_\_  
Datum

### Popunio predstavnik

Jasno mi je da sam, prihvatanjem ovog punomoćja, ja odgovoran za pružanje ili pomoć u pružanju informacija potrebnih za utvrđivanje podobnosti ovog lica za pomoć. Jasno mi je da mogu biti krivično gonjen zbog krivokletstva i/ili prijevare ako uskratim informacije ili namjerno pružim lažne informacije.

\_\_\_\_\_  
Potpis predstavnika

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Odnos sa klijentom

\_\_\_\_\_  
Ulica i broj

\_\_\_\_\_  
Grad

\_\_\_\_\_  
Država

\_\_\_\_\_  
Broj telefona

### Samopunomoćje od strane predstavnika

Ja predstavljam \_\_\_\_\_ u pružanju informacija za utvrđivanje podobnosti za pomoć jer on/ona ne može predstavljati samog/samu sebe. Pružiću informacije prema mom najboljem saznanju. Jasno mi je da ako uskratim informacije ili ako namjerno pružim lažne informacije, mogu biti krivično gonjen zbog krivokletstva i/ili prijevare. Slažem se da bez odlaganja prijavim svaku promjenu u njihovoj situaciji koju doznam.

\_\_\_\_\_  
Potpis predstavnika

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Odnos sa klijentom

\_\_\_\_\_  
Ulica i broj

\_\_\_\_\_  
Grad

\_\_\_\_\_  
Država

\_\_\_\_\_  
Broj telefona

## Pomoć pri popunjavanju zahtjeva

### Možete odabrati ovlašćenog predstavnika.

Vi možete dati osobi od povjerenja dozvolu da razgovara o ovom zahtjevu sa nama, vidi vaše informacije, i da vas predstavlja u predmetima u vezi sa ovim zahtjevom, uključujući dobijanje informacija o vašem zahtjevu i potpisivanje vašeg zahtjeva u vaše ime. Ta osoba se zove „opunomoćeni predstavnik“. Ako ikada bude potrebno da promijenite vašeg opunomoćenog predstavnika, obratite se Odjeljenju za porodične i dječje usluge (DFCS) na broj telefona 1-877-423-4746. Ako ste zakonski opunomoćeni predstavnik za nekoga po ovom zahtjevu, podnesite dokaz uz zahtjev.

1. Ime ovlašćenog predstavnika (ime, srednje ime, prezime)		
2. Adresa		3. Broj apartmana ili stana
4. Grad	5. Država	6. Poštanski broj
7. Broj telefona (    )    –		
8. Ime organizacije		9. ID broj (ako je primjenjivo)
Potpisivanjem, dajete dozvolu toj osobi da potpiše vaš zahtjev, dobije službene informacije o ovom zahtjevu, i da vas prestavlja u svim budućim predmetima kod ove agencije.		
10. Vaš potpis		11. Datum

### Samo za opunomoćene savjetnike za zahtjeve, navigatore, agente i posrednike.

Popunite ovaj odjeljak ako ste opunomoćeni savjetnik za zahtjeve, navigator, agent ili posrednik koji popunjava ovaj zahtjev za nekog drugog.

1. Datum početka zahtjeva (mm/dd/gggg)	
2. Ime, srednje ime, prezime i sufiks	
3. Ime organizacije	4. ID broj (ako je primjenjivo)



**POTREBNA VAM JE POMOĆ SA VAŠIM ZAHTJEVOM?** Posetite [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov) ili nas pozovite na broj telefona 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku osim na engleskom, pozovite broj telefona 1-877-423-4746 i predstavniku korisničke službe kažite koji vam je jezik potreban. Pomoći ćemo vam a da vas ništa ne košta. TTY korisnici treba da pozovu na broj telefona 1-800-255-0135.



## OVLAŠĆENJE ZA PREDSTAVNIKA PACIJENTA

**OD: (IME KLIJENTA)** \_\_\_\_\_

Ovim imenujem i ovlašćujem R1 Care Coverage, njegove agente i zaposlenike (zajedno „Predstavnik“) da me zastupaju i djeluju u moje ime ispred bilo kakve medicinske ustanove, finansijske institucije, društva za životno osiguranje, mjesta zaposlenja, Okružnom/državnom odjelu za ljudske usluge, Uprave socijalnog osiguranja, Ustanove za mentalno zdravlje i Uprave za veterane u svrhu mogućeg osiguravanja ili izmjenjene naknada za zdravstvenu zaštitu za mene i/ili moje domaćinstvo.

Izričito pristajem na obelodanjivanje i izdavanje mojim Predstavnicima svih bolničkih zapisa, medicinskih i psihijatrijskih izvještaja (uključujući, ukoliko je to prikladno, izvještaje u vezi sa drogom, alkoholom i HIV/AIDS), svih finansijskih informacija (uključujući bankovne izvode, polise životnog osiguranja i dokumentacije o zaposlenju/platnim listama) i svih drugih dokumenata i informacija koji se odnose na mene/ili moje domaćinstvo koji su pod nadzorom ovih subjekata.

Jasno mi je da neki od zapisa koji su preuzeti, mogu uključivati informacije o zloupotrebi supstanci, mentalnom zdravlju i HIV statusom u vezi sa drugom zaraznom bolešću. Neke od tih informacija moraju se držati u tajnosti u skladu sa svim državnim i saveznim zakonima sa HIPAA kao što je izmjenjeno 14. avgusta 2002. Potvrđujem da sam primio primjerak R1 Obavještenja o privatnosti kao što je propisano zakonom.

Ovim se odričem svih zahtjeva za povjerljivost koje su procijenili predstavnici R1 Care Coverage, i objelodaniću te informacije samo u direktnoj vezi sa mojim slučajem. Preuzete ili obelodanjene informacije ne traju duže nego što je potrebno za dobijanje tih informacija i njihovog obelodanjivanja.

**PODACI SOCIJALNOG OSIGURANJA:** Također ovlašćujem i dodjeljujem R1 Care Coverage pravo na prikupljanje informacija od Uprave socijalnog osiguranja i/ili pravnog savjetnika kojeg sam pribavio da bih potvrdio ili pribavio informacije o svakom članu porodice povezanim sa mojim slučajem koje ja i svaki član porodice primamo.

\_\_\_\_\_  
**Ime (štampanim slovima)**

\_\_\_\_\_  
**Potpis**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Ulica i broj**

\_\_\_\_\_  
**Grad**

\_\_\_\_\_  
**Država**

\_\_\_\_\_  
**Pošanski broj**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
Ascension St. Vincent's

\_\_\_\_\_  
**Bolnica / Datum prijema**

\_\_\_\_\_  
**Potpis svedoka (ako pacijent ne može da se potpiše)**

\_\_\_\_\_  
**Predstavnik za Care Coverage**

\_\_\_\_\_  
**Broj računa**



UPUTSTVO: Navedite dva dodatna kontakta sa kojima R1 RCM Inc. može razgovarati u vaše ime u vezi sa vašim slučajem zdravstvenog osiguranja/Medicaid/Medicare:

OVLAŠĆENJE ZA RAZMATRANJE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Ovim ovlašćujem R1 RCM Inc. da koristi ili obelodanjuje informacije u vezi sa mojom zdravstvenom zaštitom kod osoba navedenih u nastavku. Ovo ovlašćenje će biti na snazi dok se ne odobri zdravstvena zaštita, konačno ne odredi da nisam podoban za bilo kakvu zdravstvenu zaštitu, ili povlačim ovo ovlašćenje dostavljanjem pismenog obavještenja kompaniji R1 RCM Inc.

Ime: \_\_\_\_\_

Odnos sa pacijentom: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ime: \_\_\_\_\_

Odnos sa pacijentom: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ime pacijenta (štampano)

\_\_\_\_\_  
Potpis

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ovlašćena osoba ako to nije pacijent

\_\_\_\_\_  
Potpis

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ulica i broj

\_\_\_\_\_  
Grad

\_\_\_\_\_  
Država

\_\_\_\_\_  
Poštanski broj

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Ascension St. Vincent's

\_\_\_\_\_  
Bolnica/ Datum prijema

\_\_\_\_\_  
Potpis svedoka (ako pacijent ne može da se potpiše)

\_\_\_\_\_  
R1 RCM, Inc.  
Representative