

# Obrazac za prijavu za financijsku pomoć



**Važno:** MOŽDA MOŽETE PRIMITI BESPLATNU SKRB ILI SKRB S POPUSTOM: Ispunjavanje ove prijave će pomoći tvrtki AMITA Health da odredi možete li dobiti besplatne usluge ili usluge s popustom ili druge javne programe koji vam mogu pomoći da platite za svoju zdravstvenu skrb. Molimo pošaljite ovu prijavu na adresu navedenu na popratnom dopisu.

AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE POTREBAN DA IMATE PRAVO NA BESPLATNU SKRB ILI SKRB S POPUSTOM. Međutim, broj socijalnog osiguranja je potreban za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije potrebno ali će pomoći da AMITA odredi imate li pravo na neke javne programe. Ni za jedno pitanje iz prijave označeno "nije obvezno", vaš odgovor (ili nepostojanje odgovora) neće utjecati na ishod prijave.

Molimo ispunite ovaj obrazac i predajte ga tvrtki AMITA Health osobno, poštom, elektronskom poštom ili faksom da biste se prijavili na besplatnu skrb ili skrb s popustom što prije nakon datuma usluge. Prihvatit ćemo vašu prijavu do 240 dana nakon prve fakture za vašu skrb. Podnošenjem ove prijave potvrđujete da ste se u dobroj vjeri potrudili pružiti sve informacije u prijavi kako biste AMITA Health-u pomogli utvrditi ima li pacijent pravo na financijsku pomoć. Ako imate bilo kakvih pitanja o postupku podnošenja prijave, možete kontaktirati odjel za financijsko savjetovanje u AMITA Health s pitanjima ili iznijeti dvojbe na 888-693-2252.

Pritužbe ili dvojbe o postupku podnošenja prijave za popust za pacijenta ili postupak pružanja financijske pomoći za bolnicu može se prijaviti državnom odvjetniku Illinois, Uredu za zdravstvenu skrb (Health Care Bureau). Besplatna telefonska linija Ureda za zdravstvenu skrb je 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

## Informacije o pacijentu

*(Molimo pišite tiskanim slovima i sva polja moraju biti popunjena. Ako nije primjenjivo na bilo kojem pojedinom retku u prijavi navedite N/P)*

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

Ime i prezime \_\_\_\_\_

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

**Nije obvezno** - Spolni identitet – Smatrate li sebe za:  Muškarac  Žena  Transrodni muškarac/trans muškarac/žena-u muškarca (FTM)

Transrodna žena/trans žena/muškarac u ženu (MTF)  Nebinarna/osoba čiji se rod ne može predstaviti kroz identitete muškarca i žene

Dodatna kategorija spola (ili drugo)

**Nije obvezno** - Rodni identitet: Koji je spol izvorno naveden u vašem rodnom listu?:  Muški  Ženski

**Nije obvezno** - Rasa:  Bjelačka  Crna ili Afroamerička  Američko Indijanska ili domorodac Aljaske  Azijatsko Indijanska  Kineska  Filipino

Japanska  Korejska  Vijetnamska  Druga azijska  Havajska, domorodačka  Guamanian ili Chamorro  Samoanska  Drugi

stanovnik otoka

**Nije obvezno** –Etnička pripadnost:  Hispanska, Latino ili španjolskog podrijetla  Meksička, Meksičko-američka, Chicano  Portorikanska

Kubanska  Drugo hispansko, latino ili španjolsko podrijetlo

**Nije obvezno** – Jezik - Govorite li drugi jezik u kući, osim engleskog?:  Da  Ne

Ako da, koji jezik?: \_\_\_\_\_

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

**Nije obvezno** - Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

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

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

### Podaci odgovorne strane/podaci o zakonskom staratelju

*(Ako je pacijent gore isti kao odgovorna osoba, ovaj odjeljak ostavite praznim.)*

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Telefonski broj \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Savezna država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (nije obvezno) \_\_\_\_\_

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

### Informacije o supružniku odgovorne osobe

*(Ako je pacijent isti kao odgovorna strana, popunite podatke o supružniku za pacijenta.)*

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračni status \_\_\_\_\_ Telefonski broj \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Savezna država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (nije obvezno) \_\_\_\_\_

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

Telefonski broj poslodavca \_\_\_\_\_

### Udržavana osoba odgovorne strane

*(Ako je pacijent isti kao odgovorna strana, popunite podatke o supružniku za pacijenta.)*

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

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

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

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

Broj odraslih osoba i djece koja žive u kućanstvu \_\_\_\_\_

## Mjesečni prihod

(Ispunite iznose za svaku dulje navedenu stavku u dolarima. Navedite mjesečni iznos za svakog.)

Zarađeni prihod podnositelja prijave \_\_\_\_\_ Prihod  
supružnika podnositelja prijave \_\_\_\_\_  
Naknade socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Prihod  
od mirovine \_\_\_\_\_ Prihod  
od invalidnine \_\_\_\_\_  
Naknada \_\_\_\_\_ za  
nezaposlenost \_\_\_\_\_ Plaća  
radnika Prihod od kamata/dividende \_\_\_\_\_

Primljeno uzdržavanje djeteta \_\_\_\_\_  
Primljena alimentacija \_\_\_\_\_ Prihod  
od najma nekretnine \_\_\_\_\_ Bonovi  
za hranu \_\_\_\_\_  
Primljena dodjela iz zaklade \_\_\_\_\_ Drugi  
prihod \_\_\_\_\_  
**Ukupni bruto mjesečni prihod USD** \_\_\_\_\_

## Mjesečni troškovi života

Pacijenti koji vjerojatno ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć kako je opisano u Politici financijske pomoći AMITA Health, ne moraju ispuniti ovaj odjeljak.

Hipoteka/najam \_\_\_\_\_  
Komunalije \_\_\_\_\_ Telefon  
(fiksni) \_\_\_\_\_ Mobitel  
\_\_\_\_\_  
Namirnice/hrana \_\_\_\_\_  
Kabelska/internet/satelitska TV \_\_\_\_\_ Plaćanje  
automobila \_\_\_\_\_ Čuvanje  
djece \_\_\_\_\_

Uzdržavanje djece/alimentacija \_\_\_\_\_  
Kreditne kartice \_\_\_\_\_  
Liječnički/bolnički računi \_\_\_\_\_  
Automobil/auto osiguranje \_\_\_\_\_  
Osiguranje kuće/imovine \_\_\_\_\_  
Medicinsko/zdravstveno osiguranje \_\_\_\_\_  
Životno osiguranje \_\_\_\_\_ Ostali  
mjesečni troškovi \_\_\_\_\_  
**Ukupni mjesečni troškovi \$** \_\_\_\_\_

## Imovina

Gotovina/štednja/tekući računi \_\_\_\_\_  
Dionice/obveznice/investicije/CD(ovi) \_\_\_\_\_  
Ostale nekretnine/sekundarno mjesto stanovanja \_\_\_\_\_  
Brod/kamper/motocikl/rekreacijsko vozilo \_\_\_\_\_  
Kolekcionarski automobili/automobili koji nisu za svakodnevnu uporabu \_\_\_\_\_  
Zdravstvena štednja/Fleksibilni računa za potrošnju \_\_\_\_\_

Dajem ovlaštenje tvrtki AMITA za dobivanje informacija od vanjskih kreditnih registara. Potvrđujem da su podaci u ovoj prijavi prema mojim saznanjima istiniti i točni. Podnijet ću prijavu za bilo kakvu državnu, saveznu ili lokalnu pomoć na koju mogu imati pravo, a koji mogu pomoći da platim svoje medicinske račune. Razumijem da AMITA može provjeriti ove podnesene informacije i dajem ovlaštenje tvrtki AMITA da kontaktira treće strane za provjeru točnosti informacija koje su dostavljene u ovoj prijavi. Razumijem da ako svjesno pružim neistinite podatke u ovoj prijavi, neću imati pravo na financijsku pomoć, svaka financijska pomoć koja mi je dodijeljena može se poništiti i bit ću odgovoran/odgovorna za plaćanje računa.

Potpis podnositelja prijave \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Komentari \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Pismo podrške

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

Ime osobe koja ga/je uzdržava \_\_\_\_\_

Odnos s pacijentom / podnositeljem prijave \_\_\_\_\_

Adresa osobe koja ga / ju uzdržava \_\_\_\_\_

Za AMITA Health:

Ovim se pismom izvješćuje da (ime pacijenta) \_\_\_\_\_ ima mali ili nikakav prihod i da mu/joj pomažem s troškovima za život. On/ona/ono prema meni ima malu ili nikakvu obvezu.

Potpisivanjem izjave, potvrđujem da su dane informacije istinite prema mojim saznanjima.

Potpis osobe koja ga/ju uzdržava \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Poštovani pacijenti/podnositelji prijave,

Tvrtka AMITA Health je vođena suosjećanjem i posvećena pružanju personalizirane skrbi za sve - posebno one kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija pružiti financijsku pomoć našim pacijentima. Financijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinski potrebnu skrb. Hvala vam što nam vjerujete u skrbi za vas i vašu obitelj za vaše potrebne zdravstvene skrbi.

Šaljemo ovo pismo i priloženu prijavu za financijsku pomoć jer smo dobili vašu prijavu. Ako to niste zatražili, zanemarite. Ispunite obje strane, uključujući svoj potpis i datum prije nego što ga vratite. Ako ste ispunili prijavu u proteklih šest mjeseci i dobili odobrenje za financijsku pomoć, molimo vas da nas obavijestite. Možda ne morate ispunjavati novu prijavu. Nećemo razmatrati prethodnu prijavu koja je starija od šest mjeseci.

Uz prijavu, kao dokaz o prihodu priložite i primjerak najmanje jedne od sljedećih stavki. Ako ste u braku ili živite s nekim najmanje 6 mjeseci, morat će vam dostaviti i primjerak barem jedne od sljedećih stavki kao dokaz svojih prihoda prije nego što bude moguće obraditi prijavu.

- Primjerke 3 najnovije platne liste od poslodavca
- Primjerke najnovije godišnje prijave poreza (ako ste samozaposleni, uključite sve rasporede)
- Rješenje o dodjeli socijalne pomoći i/ili mirovine
- Najnovija godišnja prijava roditelja ili staratelja, ako je podnositelj prijave naveden na njihovom poreznom obrascu i mlađi od 25 godina
- Ostali dokumenti za provjeru prihoda
- Kopije izvoda od posljednja 3 mjeseca
- Kopija potvrde o primitku naknade za nezaposlene

Ako živite u kući s obitelji ili prijateljima ili primete pomoć od njih, molimo vas da ispunite priloženi obrazac pod nazivom "Pismo podrške". To ih neće učiniti odgovornim za vaše račune za liječničku skrb. To će pokazati kako si možete priuštiti troškove života. Ako ne primite nikakvu pomoć obitelji i prijatelja, ne morate ispunjavati obrazac Pismo podrške.

Na kraju, molim vas, priložite i dokumentaciju kao dokaz o vašim mjesečnim troškovima liječenja i ljekarni/lijekova.

Imajte na umu da ispunjena prijava, uz dokaz o prihodu, mora biti primljen kako bi se mogla razmatrati prijava. Ne možemo obraditi ili razmotriti nepotpune prijave.

Imajte na umu da komunikacija putem e-pošte ili putem interneta nije sigurna. Iako je malo vjerojatno, postoji mogućnost da informacije koje priložite u e-pošti presretnu i pročitaju druge strane, osim osobe kojoj je upućena.

Želimo zaštititi vaše osobne podatke i osigurati da oni ostanu sigurni. Budući da aplikacija sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, molimo vas da se suzdržite od slanja e-pošte.

Molimo, ispišite i pošaljite ispunjenu prijavu na sljedeću adresu:

AMITA Health PFS  
Na ruke: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Ako imate bilo kakvih pitanja o ovoj prijavi, molimo pozovite jednog od naših predstavnika za pacijente na 888-693-2252.

S poštovanjem,

Ured finansijskih usluga za  
pacijente  
AMITA Health