

Wniosek o pomoc finansową



Ważne: MOŻE PRZYSŁUGIWAĆ PAŃSTWU OPIEKA BEZPŁATNA LUB ULGI W OPŁATACH: Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże ustalić AMITA Health, czy mogą Państwo korzystać z takiej pomocy lub innych programów publicznych, które pozwalają opłacić opiekę medyczną. Wniosek należy wysłać na adres umieszczony w piśmie przewodnim.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY W PRZYPADKU OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH, KTÓRE CHCĄ STARAĆ SIĘ O DARMOWĄ OPIEKĘ LUB ULGĘ W OPŁATACH. Numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, takich jak Medicaid. Nie trzeba go podawać, jednak pomoże on organizacji AMITA Health określić, czy kwalifikują się Państwo do jakichkolwiek programów publicznych. W przypadku pytań opcjonalnych we wniosku Państwa odpowiedź (lub jej brak) nie będzie mieć wpływu na końcową decyzję.

Należy uzupełnić niniejszy wniosek i złożyć go w placówce AMITA Health osobiście lub przesać pocztą tradycyjną, elektroniczną lub faksem, aby ubiegać się o opiekę bezpłatną lub ulgę w opłatach tak szybko, jak to możliwe po dacie skorzystania z usługi. Przyjmujemy Państwa wniosek w nieprzekraczalnym terminie do 240 dni po wystawieniu pierwszego rachunku za Państwa opiekę. Składając wniosek, potwierdzają Państwo, że starali się w dobrej wierze zapewnić wszystkie informacje wymagane do wypełnienia wniosku, pozwalające organizacji AMITA Health określić, czy kwalifikują się Państwo do otrzymania pomocy finansowej. W przypadku pytań i wątpliwości związanych ze składaniem wniosku można skontaktować się z działem doradztwa finansowego AMITA Health, dzwoniąc pod numer 888-693-2252.

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o ulgi przez nieubezpieczonych pacjentów lub procesu pomocy finansowej w przypadku korzystania z opieki szpitalnej można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej (ang. Health Care Bureau) przy Prokuratorze Generalnym Illinois. Numer bezpłatnej infolinii Biura Opieki Zdrowotnej to 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informacje o pacjencie

(Wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami. Jeśli dany wiersz wniosku nie ma zastosowania, należy w takim polu napisać „nie dotyczy“.)

Data _____ Numer pacjenta _____

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Stan cywilny _____ Numer telefonu _____

Pytanie nieobowiązkowe — Tożsamość płciowa — Jaka jest Państwa tożsamość płciowa? Mężczyzna Kobieta Transpłciowy mężczyzna / transmężczyzna Transpłciowa kobieta / transkobieta Osoba niebinarna Inna tożsamość płciowa

Pytanie nieobowiązkowe — Tożsamość płciowa: Jaka płeć widniała na Państwa pierwszym akcie urodzenia? : Mężczyzna Kobieta

Pytanie nieobowiązkowe — Rasa: Biała Czarna lub afroamerykańska Indiańska lub inuicka Hinduska Chińska Filipińska Japońska Koreańska Wietnamska Inna azjatycka Rdzenna hawajska Guamończyk lub Chamorro Samońska Inny mieszkaniec Wysp Pacyfiku

Pytanie nieobowiązkowe — Pochodzenie etniczne: Hispanoamerykańskie, Latynoskie lub Hiszpańskie Meksykańskie, Amerykanin meksykańskiego pochodzenia, Chicano Portorykańskie Kubańskie Inne pochodzenie hispanoamerykańskie, latynoskie lub hiszpańskie

Pytanie nieobowiązkowe — Język — Czy w domu porozumiewają się Państwo innym językiem niż angielski?: Tak Nie

Jeśli tak, jaki to język?: _____

Adres do korespondencji _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Pytanie nieobowiązkowe — Nr ubezpieczenia społecznego _____

Pracodawca _____ Status zatrudnienia _____

Numer telefonu pracodawcy _____

Informacje o osobie odpowiedzialnej / opiece prawnym

(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, nie trzeba wypełniać poniższej sekcji.)

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Stan cywilny _____ Numer telefonu _____

Adres do korespondencji _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) _____

Pracodawca _____ Status zatrudnienia _____

Informacje o współmałżonku osoby odpowiedzialnej

(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Stan cywilny _____ Numer telefonu _____

Adres do korespondencji _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) _____

Pracodawca _____ Status zatrudnienia _____

Numer telefonu pracodawcy _____

Osoby pozostające na utrzymaniu osoby odpowiedzialnej

(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)

Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną _____

Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną _____

Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną _____

Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną _____

Liczba osób dorosłych i dzieci zamieszkujących gospodarstwo domowe _____

Miesięczny dochód

(Dla każdej z poniższych pozycji należy podać wartość w USD za jeden miesiąc.)

Dochód wnioskodawcy _____ Dochód
współmałżonka wnioskodawcy _____
Świadczenia z systemu ubezpieczeń
społecznych _____
Emerytura _____ Renta
_____ Zasiłek
dla bezrobotnych _____
Odszkodowanie pracownicy _____ Dochód
z tytułu odsetek i dywidend _____

Alimenty na rzecz dziecka _____
Alimenty od współmałżonka _____
Dochód z wynajmu _____ Talony
na jedzenie _____
Otrzymane wypłaty z funduszu powierniczego _____ Inny
dochód _____ **Łączny**
miesięczny dochód brutto w USD _____

Wydatki miesięczne na życie

Pacjenci, którzy potencjalnie kwalifikują się do uzyskania pomocy finansowej, zgodnie z Zasadami udzielania pomocy finansowej AMITA Health, nie muszą wypełniać tej sekcji.

Hipoteka/czynsz _____ Media
_____ Telefon
domowy _____ Telefon
komórkowy _____ Artykuły
spożywcze _____
Telewizja kablowa/internet/
telewizja satelitarna _____ Opłaty
za samochód _____ Opieka
przedszkolna _____

Alimenty na dziecko/współmałżonka _____ Karty
kredytowe _____
Rachunki za lekarzy/szpital _____
Ubezpieczenie pojazdu _____
Ubezpieczenie domu/nieruchomości _____
Ubezpieczenie zdrowotne _____
Ubezpieczenie na życie _____ Inne
wydatki miesięczne _____
Wydatki miesięczne ogółem w USD _____

Aktywa

Konto gotówkowe/oszczędnościowe/czekowe _____
Akcje/obligacje/inwestycje/certyfikaty depozytowe _____
Inne nieruchomości _____
Łódź/kamper/motocykl/samochód rekreacyjny _____
Pojazdy kolekcjonerskie _____
Zdrowotne konto oszczędnościowe/konto na zmienne wpłaty/wydatki _____

Upoważniam organizację AMITA do uzyskiwania informacji od zewnętrznych biur informacji kredytowej. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i prawidłowe, zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę ubiegać się o każdą pomoc, do której mogę się kwalifikować, od władz stanowych, federalnych czy lokalnych, umożliwiającą opłacenie mi rachunków za usługi medyczne. Rozumiem, że organizacja AMITA może zweryfikować zapewnione przeze mnie informacje, dlatego też upoważniam ją do kontaktu ze stronami trzecimi w celu weryfikacji informacji zamieszczonych w niniejszym wniosku. Jestem świadomy(-a), że jeśli umyślnie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę się kwalifikować do uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może zostać wycofana, a ja zostanę obciążony(-a) kwotą rachunku (rachunków).

Podpis wnioskodawcy _____

Data _____

Uwagi

Deklaracja wsparcia

Numer dokumentacji medycznej pacjenta/numer pacjenta _____

Imię i nazwisko osoby zapewniającej wsparcie _____

Stopień powiązania/pokrewieństwa z pacjentem/wnioskodawcą _____

Adres osoby zapewniającej wsparcie _____

Do organizacji AMITA Health:

Niniejsze pismo ma na celu poinformowanie, że (imię nazwisko pacjenta) _____ uzyskuje niewielki dochód lub nie uzyskuje go wcale, a ja pomagam pokrywać koszty utrzymania powyższej osoby. Ma ona wobec mnie niewielkie lub żadne zobowiązania.

Podpisując to oświadczenie, potwierdzam, że podane informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis osoby zapewniającej wsparcie _____

Data _____

Szanowny Pacjencie/Wnioskodawco,

organizacja AMITA Health angażuje się w zapewnienie spersonalizowanej opieki dla wszystkich osób — szczególnie tych najbardziej potrzebujących. Oferowanie wsparcia finansowego dla naszych pacjentów jest naszą misją i przywilejem. Z pomocy finansowej można korzystać wyłącznie w przypadku korzystania z opieki w nagłych lub medycznie koniecznych przypadkach. Dziękujemy, że w nasze ręce w zakresie opieki medycznej powierzają Państwo potrzeby swoje i swojej rodziny.

W związku z Państwa wnioskiem przesyłamy niniejsze pismo oraz dołączony do niego wniosek o pomoc finansową. Jeśli nie składali Państwo takiego wniosku, proszę zignorować tę wiadomość. Przed odesłaniem tego dokumentu należy wypełnić jego obie strony, złożyć podpis i opatrzyć go datą. Jeśli wypełnili Państwo wniosek w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i przyznano Państwu pomoc finansową, należy nas o tym fakcie powiadomić. Nie będzie trzeba wypełniać nowego wniosku. Nie będziemy rozważać wniosku, który ma więcej niż sześć miesięcy.

Wraz z wnioskiem jako dowód dochodu należy dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów. Jeśli pozostają Państwo w związku małżeńskim lub mieszkają Państwo z bliską sobie osobą przez od co najmniej 6 miesięcy, przed rozpatrzeniem wniosku taka osoba będzie musiała dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów jako dowód swoich dochodów.

- Kopie 3 ostatnich odcinków wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie ostatniego rocznego zeznania podatkowego (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą należy dołączyć wszystkie formularze)
- Decyzja o przyznaniu świadczeń socjalnych i/lub świadczenia emerytalnego
- Ostatnie roczne zeznanie podatkowe rodziców lub opiekunów, jeśli wnioskodawca jest osobą pozostającą na ich utrzymaniu i nie ukończył 25. roku życia
- Inne dokumenty poświadczające dochód
- Kopie wyciągów bankowych z ostatnich 3 miesięcy
- Kopia wypłaty zasiłku dla bezrobotnych

Jeśli otrzymują Państwo pomoc od rodziny lub przyjaciół, lub jeśli z nimi Państwo mieszkają, należy poprosić takie osoby o wypełnienie dołączonej do niniejszego pisma „Deklaracji wsparcia”. Po wypełnieniu takiego dokumentu nie będą oni odpowiedzialni za Państwa rachunki medyczne. Dokument pokaże jednak, w jakim stopniu są Państwo w stanie pokryć swoje koszty utrzymania. W przypadku braku wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, nie trzeba wypełniać Deklaracji wsparcia.

Prosimy również, by dostarczyć dokumentację jako dowód Państwa nieopłaconych miesięcznych kosztów za usługi medyczne / leki.

Wniosek będzie mógł zostać rozpatrzony, jeśli zostanie wypełniony i dostarczony naszej organizacji wraz z zaświadczeniem o dochodach. Nie możemy zacząć rozpatrywać wniosków, które nie są w pełni wypełnione.

Proszę pamiętać, że wiadomości wysyłane za pośrednictwem poczty elektronicznej nie są bezpieczne. Choć jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zamieszczone w wiadomościach e-mail mogą zamiast do adresata, trafić w ręce niepowołanych stron trzecich.

Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Prosimy o niewysyłanie wiadomością elektroniczną Państwa wniosków, ponieważ zawarte są w nich informacje prywatne, takie jak numer ubezpieczenia społecznego.

Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami i przesać go na następujący adres:

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

W przypadku jakichkolwiek pytań na temat tego wniosku należy zadzwonić do przedstawiciela pacjentów naszej organizacji pod numer 888-693-2252.

Z poważaniem

Biuro Usług Finansowych dla Pacjentów
AMITA Health