



# Ascension

[Date]

Szanowny Pacjencie/Wnioskodawco,

Ascension kieruje się współczuciem i pragnie zapewnić spersonalizowaną opiekę dla wszystkich pacjentów, a zwłaszcza tych najbardziej potrzebujących. Naszą misją i przywilejem jest oferowanie pomocy finansowej naszym pacjentom. Pomoc finansowa jest dostępna tylko w przypadku nagłych wypadków i innych niezbędnych świadczeń medycznych. Dziękujemy za zaufanie w kwestii opieki nad Państwem i Państwa rodziną w zakresie wszystkich potrzeb zdrowotnych.

Wysyłamy ten list i załączony wniosek o pomoc finansową, ponieważ otrzymaliśmy Państwa prośbę. Jeśli nie prosiliście Państwo o to, prosimy o zignorowanie tej informacji. Przed odesłaniem dokumentów prosimy o wypełnienie obu stron, wraz z podpisem i datą. Jeśli w ciągu ostatnich sześciu miesięcy wypełnili Państwo wniosek i zostali zatwierdzeni do otrzymania pomocy finansowej, prosimy o powiadomienie nas o tym – być może nie będą Państwo musieli wypełniać nowego wniosku. Niestety, nie możemy polegać na wcześniejszym wniosku, który został złożony ponad sześć miesięcy temu.

Wraz z wnioskiem należy dostarczyć weryfikację dochodów gospodarstwa domowego oraz weryfikację wszystkich aktywów posiadanych przez któregokolwiek z domowników.

## **Przykłady dowodów na posiadanie dochodów i aktywów:**

- Kopie trzech ostatnich odcinków wypłaty od pracodawcy
- Kopie ostatniego rocznego zeznania podatkowego (w przypadku samozatrudnienia należy dołączyć wszystkie załączniki)
- Decyzja o przyznaniu renty socjalnej lub emerytury
- Ostatnie roczne zeznanie podatkowe rodzica lub opiekuna, jeśli wnioskodawca jest osobą pozostającą na jego utrzymaniu, wymienioną w formularzu podatkowym i ma mniej niż 25 lat
- Kopia pokwitowania otrzymania zasiłku dla bezrobotnych
- Akceptacja lub odmowa kwalifikacji do Medicaid lub otrzymania pomocy medycznej finansowanej przez państwo
- Inne dokumenty potwierdzające dochód

## **Przykłady dowodów na posiadanie majątku:**

- Aktualne wyciągi bankowe (konta czekowe i oszczędnościowe) z ostatnich 3 miesięcy
- Inwestycje, w tym akcje i obligacje
- Fundusze powiernicze
- Rachunki rynku pieniężnego
- Fundusze inwestycyjne

Jeśli otrzymują Państwo pomoc od rodziny lub znajomych, lub mieszkają z nimi, prosimy o wypełnienie

przez nich załączonego formularza zatytułowanego „Letter of Support” (List wsparcia). Dzięki temu nie będą zobligowani do zapłaty Państwa rachunków za usługi medyczne. Pomoże to wykazać, czy są Państwo w stanie pokryć koszty własnego utrzymania. Jeśli nie otrzymują Państwo pomocy od rodziny lub znajomych, nie muszą Państwo wypełniać formularza „Letter of Support” (List wsparcia).

Możemy również wziąć pod uwagę nieopłacone rachunki medyczne, aby zakwalifikować Państwa do otrzymania pomocy finansowej. Jeśli chcą Państwo, abyśmy je rozpatrzyli, prosimy o dostarczenie dokumentacji dotyczącej zaległych miesięcznych kosztów leczenia i leków, np. aktualnych faktur lub wyciągów ze stanu konta. **Prosimy pamiętać, że należy do nas przesłać 1) wypełniony wniosek wraz z 2) dokumentami potwierdzającymi dochody, 3) posiadany majątek oraz 4) zaległe rachunki medyczne (jeśli dotyczy), aby wniosek mógł zostać rozpatrzony. Nie jesteśmy w stanie przetwarzać ani rozpatrywać wniosków, które nie są kompletne.**

Przy składaniu wniosku należy pamiętać, że komunikacja za pośrednictwem poczty elektronicznej przez Internet nie jest bezpieczna. Chociaż jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zawarte w wiadomości e-mail mogą zostać przechwycone i przeczytane przez inne osoby oprócz adresata. Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić, że pozostaną one bezpieczne. Ponieważ wniosek zawiera numer ubezpieczenia społecznego i inne prywatne informacje, prosimy o nieprzesyłanie go pocztą elektroniczną.

**Prosimy o wydrukowanie i przesłanie pocztą lub dostarczenie osobiście wypełnionego wniosku i dokumentacji uzupełniającej na następujący adres:**

| Facility/ Office where services were/ will be provided      | Mail Completed Application To:                |
|---|---|
| Ascension St. John Hospital                                 | 22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236     |
| Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus          | 11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093        |
| Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus | 27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071 |
| Ascension Providence Hospital                               | 16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075    |
| Ascension Providence Park Hospital                          | 47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374         |
| Ascension River District Hospital                           | 4100 River Rd, East China, MI 48054           |
| Ascension Medical Group - Physician Services                | PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240          |

Jesteśmy po to, aby pomagać i chcemy mieć pewność, że pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej otrzymają ją. Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące wniosku, wymaganych dokumentów uzupełniających lub w jaki sposób najlepiej dostarczyć wniosek do nas, prosimy o kontakt z jednym z naszych przedstawicieli ds. pacjentów pod numerem

| Facility/Office where service were/will be provided | Phone #      |
|---|--------------|
| Ascension Macomb-Oakland Hospitals                  | 888-329-0421 |
| Ascension St. John Hospital, Detroit                | 877-809-6191 |
| Ascension Providence Hospital                       | 800-878-2455 |
| Ascension Providence Park Hospital                  | 800-878-2455 |
| Ascension River District Hospital                   | 810-329-5318 |

Z poważaniem,

Dział usług finansowych dla  
pacjentów sieci Ascension

# Wniosek o pomoc finansową



## Ascension

### 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 \_\_\_\_\_ Nazwa szpitala \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Tygodniowy wymiar czasu pracy \_\_\_\_\_ Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Informacje o osobie odpowiedzialnej/opiekunie 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 \_\_\_\_\_

Tygodniowy wymiar czasu pracy \_\_\_\_\_ Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

Tygodniowy wymiar czasu pracy \_\_\_\_\_ 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 pracownicze \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Inny dochód \_\_\_\_\_

**Łączny miesięczny dochód brutto w USD** \_\_\_\_\_

## Wydatki miesięczne na życie

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 \_\_\_\_\_

Inne aktywa \_\_\_\_\_

Niniejszym zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, powyższe informacje są zgodne z prawdą i kompletne. Niniejszym upoważniam szpital do uzyskania informacji od zewnętrznych agencji informacji kredytowych, jeśli szpital uzna to za konieczne.

Podpis wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Uwagi** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---



**Ascension**

# **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 Ascension:

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 \_\_\_\_\_