



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 service were/will be provided	Mail Completed Applications to:
Ascension Providence Rochester Hospital	1101 West University Rd., Rochester, MI 48307
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 877-348-7072.

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 _____