

Formular za prijavu za finansijsku pomoć



Ascension

Podaci o pacijentu

(Molimo pišite štampanim slovima i popunite sva polja. Navedite N/A ako nije primenljivo na bilo kom pojedinačnom redu u prijavi)

Datum _____ Broj računa _____

Ime (ime i prezime) _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Adresa _____ Grad _____ Država _____ ZIP _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ Status zaposlenja _____

Broj radnih sati nedeljno _____ Broj telefona poslodavca _____

Podaci o odgovornoj strani/zakonskom staratelju

(Ako je gore navedeni pacijent isti kao odgovorna strana, ostavite ovaj odeljak prazan.)

Ime (ime i prezime) _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Adresa _____ Grad _____ Država _____ ZIP _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ Status zaposlenja _____

Broj radnih sati nedeljno _____ Broj telefona poslodavca _____

Podaci o supružniku odgovorne strane

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

Ime (ime i prezime) _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Adresa _____ Grad _____ Država _____ ZIP _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ Status zaposlenja _____

Broj radnih sati nedeljno _____ Broj telefona poslodavca _____

Izdržavana lica odgovorne strane

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

Ime _____ Datum rođenja _____ Veza sa odgovornom stranom _____

Ime _____ Datum rođenja _____ Veza sa odgovornom stranom _____

Ime _____ Datum rođenja _____ Veza sa odgovornom stranom _____

Ime _____ Datum rođenja _____ Veza sa odgovornom stranom _____

Broj odraslih i dece koji žive u domaćinstvu _____

Mesečni prihod

(Upišite iznose u dolarima za svaku dole navedenu stavku. Navedite mesečni iznos za svaku.)

Zarada podnosioca zahteva _____
Prihod supružnika podnosioca zahteva _____
Primanja po osnovu socijalnog osiguranja _____
Prihod od penzije / penzionog osiguranja _____
Prihod po osnovu invaliditeta _____
Naknada za nezaposlenost _____
Naknada za povredu na radu _____
Prihod od kamata / dividendi _____

Primljeno izdržavanje za dete _____
Primljena alimentacija _____
Prihod od izdavanja nepokretnosti _____
Bonovi za hranu _____
Primljena sredstva iz povereničkog fonda _____
Ostali prihodi _____
Ostali prihodi _____
Ukupan bruto mesečni prihod \$ _____

Mesečni troškovi života

Hipoteka / kirija _____
Komunalne usluge _____
Telefon (fiksni) _____
Mobilni telefon _____
Namirnice / hrana _____
Kablovska / internet / satelitska televizija _____
Rata za automobil _____
Briga o deci _____

Izdržavanje za dete / alimentacija _____
Kreditne kartice _____
Lekarski / bolnički računi _____
Osiguranje automobila _____
Osiguranje kuće / imovine _____
Zdravstveno osiguranje _____
Životno osiguranje _____
Ostali mesečni troškovi _____
TUkupni mesečni troškovi \$ _____

Sredstva

Gotovina / štedni / tekući računi _____
Akcije / obveznice / investicije / depozitni sertifikati (CD) _____
Druga nepokretnost / sekundarno prebivalište _____
Čamac / kamp-prikolica (RV) / motocikl / rekreativno vozilo _____
Kolekcionarski automobili / automobili koji nisu neophodni _____
OOstala imovina _____

Potvrđujem da su gore navedene informacije tačne i potpune prema mom najboljem saznanju. Ovim ovlašćujem bolnicu da pribavi informacije od spoljnih bonitetnih agencija ako bolnica to smatra potrebnim.

Potpis podnosioca prijave _____

Datum _____

Napomene _____



Ascension

[Datum]

Poštovani pacijenti/podnosioci prijave,

Ustanova Ascension je vođena saosećanjem i posvećena pružanju personalizovane zdravstvene zaštite za sve – posebno za one kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija da ponudimo finansijsku pomoć našim pacijentima. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinski neophodnu zaštitu. Hvala vam što ste nam ukazali poverenje da brinemo o vama i vašoj porodici za sve vaše zdravstvene potrebe.

Šaljemo ovo pismo i priloženu prijavu za finansijsku pomoć jer smo primili vaš zahtev. Ako ovo niste tražili, molimo vas da zanemarite dopis. Molimo da popunite obe strane, stavite svoj potpis i datum i vratite nam prijavu. Ukoliko ste u poslednjih šest meseci podneli zahtev i dobili odobrenje za finansijsku pomoć, molimo Vas da nas o tome obavestite – možda neće biti potrebno da podnosite novi zahtev. Nažalost, ne možemo se osloniti na prethodni zahtev koji je stariji od šest meseci.

Uz zahtev ćete morati da dostavite potvrdu o prihodima Vašeg domaćinstva, kao i potvrdu o celokupnoj imovini u vlasništvu bilo kog člana domaćinstva.

Primeri dokaza o prihodima i imovini uključuju:

- Kopije 3 poslednje platne liste od poslodavca
- Kopije poslednje godišnje poreske prijave (ako ste samozaposleni, uključite sve priloge)
- Rešenje o odobravanju socijalnog osiguranja i/ili penzije
- Poslednja godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja, ako je podnosilac izdržavano lice navedeno u njihovom poreskom obrascu i mlađe od 25 godina
- Kopija potvrde o primanju naknade za nezaposlene
- Odobrenje ili odbijanje prava na Medicaid i/ili medicinsku pomoć finansiranu od strane države
- Drugi dokazni dokumenti o prihodu

Primeri dokaza o prihodima i imovini uključuju:

- Aktuelni izvodi iz banke (za tekuće i štedne račune) za poslednja 3 meseca
- Investicije, uključujući akcije i obveznice
- Poverenički fondovi
- Računi novčanog tržišta
- Investicioni fondovi

Na kraju, možda ćemo moći da uzmemo u obzir Vaše neizmirene medicinske račune kako biste se kvalifikovali za finansijsku pomoć. Ukoliko želite da ovo uzmemo u razmatranje, molimo Vas da dostavite i dokumentaciju o Vašim neizmirenim mesečnim troškovima za medicinske usluge i lekove (apotekarske troškove), kao što su aktuelni računi ili izvodi sa stanjem na računu. **Napominjemo da, kako bi zahtev bio razmotren, moraju biti dostavljeni: 1) popunjen zahtev, zajedno sa 2) dokazom o prihodima, 3) dokazom o imovini i 4) neizmirenim medicinskim računima (ukoliko je primenljivo). Nismo u mogućnosti da obradimo ili razmotrimo prijave koje nisu potpune.**

Prilikom predavanja zahteva, molimo da imate na umu da komunikacija putem e-pošte preko interneta nije bezbedna. Iako je to malo verovatno, postoji mogućnost da informacije koje uključite u e-poruku mogu presresti i pročitati druge strane osim osobe kojoj su upućene. Želimo da zaštitimo vaše lične podatke i osiguramo da oni ostanu bezbedni. Pošto prijava sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne informacije, strogo preporučamo da je ne šaljete e-poštom.

Molimo vas da odštamate i pošaljite poštom ili lično dostavite popunjenu prijavu na sledeću adresu:

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

Ovde smo da pomognemo i želimo da obezbedimo da pacijenti koji ispunjavaju uslove za finansijsku pomoć zaista i dobiju tu pomoć. Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim zahtevom, potrebnom pratećom dokumentacijom ili načinom na koji je najbolje da nam dostavite Vaš zahtev, molimo Vas da pozovete jednog od naših predstavnika za pacijente na 877-304-6332

S poštovanjem,

Finansijske usluge za pacijente
Ascension

