

Formularz wniosku o pomoc finansową



Ascension

Informacje o pacjencie

(Proszę wypełnić drukowanymi literami i pamiętać o wypełnieniu wszystkich pól. Jeśli dany wiersz wniosku nie ma zastosowania, należy w takim polu napisać „nie dotyczy“.)

Data _____ Numer konta _____

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Stan cywilny _____ Numer telefonu _____

Adres do korespondencji _____ Miasto _____ Stan _____ ZIP _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) _____

Pracodawca _____ Status zatrudnienia _____

Liczba godzin przepracowanych w tygodniu _____ Numer telefonu pracodawcy _____

Informacje o osobie odpowiedzialnej/opiekunie prawnym

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

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Stan cywilny _____ Numer telefonu _____

Adres do korespondencji _____ Miasto _____ Stan _____ ZIP _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) _____

Pracodawca _____ Status zatrudnienia _____

Liczba godzin przepracowanych w tygodniu _____ 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 _____ Miasto _____ Stan _____ ZIP _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) _____

Pracodawca _____ Status zatrudnienia _____

Liczba godzin przepracowanych w tygodniu _____ 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 _____ Relacja z osobą odpowiedzialną _____

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

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

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

Liczba dorosłych i dzieci zamieszkujących gospodarstwo domowe _____

Miesięczny dochód

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

Przychód uzyskany przez Wnioskodawcę _____
Przychód małżonka wnioskodawcy _____
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego _____
Dochód z renty/emerytury _____
Przychód z zasiłku dla niepełnosprawnych _____
Zasiłek dla bezrobotnych _____
Odszkodowanie pracownicze _____
Przychody z odsetek/dywidend _____

Otrzymane alimenty na dziecko _____
Otrzymane alimenty na małżonka _____
Przychód z najmu nieruchomości _____
Bony żywnościowe _____
Otrzymana wypłata z funduszy powierniczych _____
Inne dochody _____
Inne dochody _____
Łączny dochód miesięczny brutto USD _____

Miesięczne wydatki na życie

Kredyt mieszkaniowy/czynsz _____
Media _____
Telefon (stacjonarny) _____
Telefon komórkowy _____
Artykuły spożywcze/żywność _____
Telewizja kablowa/internet/telewizja satelitarna _____
Opłata za samochód _____
Opieka nad dziećmi _____

Alimenty na dziecko/na małżonka _____
Karty kredytowe _____
Rachunki za lekarza/szpital _____
Ubezpieczenie samochodu/pojazdu _____
Ubezpieczenie domu/nieruchomości _____
Ubezpieczenie medyczne/zdrowotne _____
Ubezpieczenie na życie _____
Inne miesięczne wydatki _____
Łączne miesięczne wydatki USD _____

Majątek

Rachunki pieniężne/oszczędnościowe/bieżące _____
Akcje/obligacje/inwestycje/CD _____
Inne nieruchomości/dodatkowe miejsce zamieszkania _____
Łódź/RV/motorówka/pojazd rekreacyjny _____
Samochody kolekcjonerskie/samochody nieużytkowe _____
Inne składniki majątku _____

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 _____

Komentarze _____



Ascension

[Data]

Szanowny Pacjencie/Wnioskodawco,

Ascension jest oparte na współczuciu i oddaje się w pełni zapewnieniu indywidualnej opieki wszystkim - zwłaszcza najbardziej potrzebującym. Oferowanie wsparcia finansowego naszym pacjentom jest naszą misją i przywilejem. Pomoc finansowa jest dostępna jedynie w odniesieniu do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej. Dziękujemy, że nam zaufaliście i powierzyliście opiekę nad sobą i swoją rodziną, zaspokajając wszystkie Wasze potrzeby zdrowotne.

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 wniosek został wypełniony w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i został zatwierdzony do pomocy finansowej, należy nas powiadomić - może nie być konieczne wypełnienie nowego wniosku. Niestety nie możemy polegać na wcześniejszym wniosku, który jest starszy niż sześć miesięcy.

Wraz z wnioskiem należy przedstawić weryfikację dochodów gospodarstwa domowego i sprawdzić wszystkie składniki majątku należące do dowolnego członka gospodarstwa domowego.

Do przykładów zaświadczenie o dochodach i majątku należą:

- Kopie 3 ostatnich pasków wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie ostatniej rocznej deklaracji podatkowej (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą należy dołączyć wszystkie formularze)
- Decyzja o przyznaniu świadczeń socjalnych i/lub świadczenia emerytalnego
- Ostatnia roczna deklaracja podatkowa rodzica lub opiekuna, jeśli wnioskodawca jest osobą na utrzymaniu wymienioną w formularzu podatkowym i nie ukończyła 25 roku życia
- Kopia wypłaty zasiłku dla bezrobotnych
- Zatwierdzenie/odmowa kwalifikowalności do programu Medicaid i/lub pomocy medycznej finansowanej przez państwo
- Inne dokumenty potwierdzające dochód

Do przykładów dowodów posiadania majątku należą:

- Bieżące wyciągi bankowe (na rachunkach bieżących i oszczędnościowych) z ostatnich 3 miesięcy
- Inwestycje, w tym akcje i obligacje
- Fundusze powiernicze
- Rachunki rynku pieniężnego
- Fundusze inwestycyjne

Ostatecznie możemy wziąć pod uwagę zaległe rachunki medyczne, aby zakwalifikować Pana/Panią do pomocy finansowej. Jeśli chcieliby Państwo, abyśmy je rozpatrzyli, prosimy o dostarczenie dokumentacji zaległych miesięcznych kosztów leczenia i kosztów aptek/leków, takich jak bieżące faktury lub wyciągi z sald rachunkowych. **Należy mieć na uwadze, iż musimy otrzymać 1) wypełniony wniosek wraz z 2) zaświadczeniem o dochodach, 3) składnikach majątku i 4) zaległych rachunkach medycznych (jeśli dotyczy), aby wniosek został rozpatrzony. Nie jesteśmy w stanie przetworzyć ani rozpatrzeć wniosków, które nie są kompletne.**

Podczas składania 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 odczytane przez inne strony, poza osobą, do której są one adresowane. Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Prosimy o niewysyłanie drogą elektroniczną Państwa wniosków, ponieważ zawarte są w nich informacje prywatne, takie jak numer ubezpieczenia społecznego.

Wypełniony wniosek i dokumentację uzupełniającą należy wydrukować, wysłać pocztą lub dostarczyć osobiście pod następujący adres:

Ascension
Wisconsin skrytka
pocztowa 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

Jesteśmy tutaj, aby pomóc i chcemy zapewnić, że pacjenci, którzy kwalifikują się do pomocy finansowej, otrzymają ją. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących tego wniosku, wymaganych dokumentów uzupełniających lub sposobu najlepszego dostarczenia do nas wniosku, należy zadzwonić do jednego z naszych przedstawicieli pacjentów pod numer 877-304-6332

Z poważaniem,

Usługi finansowe dla pacjentów
Ascension

