

# Formular za prijavu za finansijsku pomoć



## Ascension

Dodatni obrazac – Wisconsin Avenue Family Practice / St Joseph's Women's Outpatient Center

### 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 \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

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 odjeljak prazan.)*

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

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/immovine \_\_\_\_\_  
Zdravstveno osiguranje \_\_\_\_\_  
Životno osiguranje \_\_\_\_\_  
Ostali mesečni troškovi \_\_\_\_\_  
**Ukupni mesečni troškovi \$** \_\_\_\_\_

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

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.

## Primeri dokaza o prihodima:

- 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
- Drugi dokazni dokumenti o prihodu

Ako primete pomoć ili živite u domu sa porodicom ili prijateljima, neka popune priloženi obrazac sa oznakom „Pismo podrške“. To ih neće učiniti odgovornim za vaše medicinske račune. Ovo će vama pomoći da pokažete kako ste u mogućnosti da podmirujete troškove života. Ako ne dobijate pomoć od porodice i prijatelja, ne morate da popunjavate obrazac za pismo o uzdržavanju.

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 računima. **Napominjemo da, kako bi zahtev bio razmotren, moraju biti dostavljeni: 1) popunjen zahtev, zajedno sa 2) dokazom o prihodima, 3) dokazom o imovini i 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 zahtev sadrži Vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne informacije, savetujemo Vam da ga ne šaljete putem imejla.

**Molimo vas da odšampate 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