



**Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)**

Poštovani pacijentu/podnosiocu Zahtjeva,

Ascension je motiviran saosećanjem i posvećen pružanju personalizovane nege za sve—posebno za one kojima je najpotrebnija. Naša misija i privilegija je da ponudimo finansijsku pomoć našim pacijentima. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinsku neophodnu negu. Hvala vam što nam poveravate staranje o vama i vašoj porodici za sve vaše zdravstvene potrebe.

Šaljemo vam ovo pismo i priložen zahtjev za finansijsku pomoć jer smo primili vašu molbu. Ako niste zahtjevali to, molimo vas da zanemarite. Molimo vas da popunite obje strane, uključujući vaš potpis i datum pre nego što ga vratite. Ako ste popunili zahtjev u posljednjih šest mjeseci i dobili odobrenje za finansijsku pomoć, obavjestite nas. Možda neće biti potrebno da popunjavate novi zahtjev. Nećemo razmatrati prethodni zahtjev koja je starija od šest mjeseci.

Uz zahtjev, molimo da priložite kopiju najmanje jedne od sledećih stavki kao dokaz o prihodu. Ako ste udati/oženjeni ili živite sa partnerom/partnerkom 6 meseci ili duže, on/ona će takođe morati da prilože kopiju najmanje jedne od sledećih stavki kao dokaz o svom prihodu pre nego što zahtjev bude mogao da se obradi.

- Kopije 3 poslednje isplate plate od poslodavca
- Kopije najnovije poreske prijave (ako je samozapošljen/a, uključiti sve planove) ili verifikacija nepodnošenja prijave (www.irs.gov/form4506-T)
- Potvrda o dodeli socijalnog osiguranja i/ili penzije/mirovine
- Najnovija godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja, ako je podnosilac zahtjeva izdražavano lice navedeno na njihovom poreskom obrascu i mlađe od 25 godina
- Druga dokumenta za potvrdu prihoda
- Kopije izvoda iz banke za zadnja 3 meseca
- Kopija potvrde naknade za nezaposlenost

Ako dobijate pomoć ili živite u kući sa porodicom ili prijateljima, molimo da oni popune priloženi obrazac obeležen sa „Pismo potpore“ i prilože kopiju svoje ID sa slikom. Ovime oni ne postaju odgovorni za vaše zdravstvene račune. Ovo će pomoći da se pokaže kako možete sebi priuštiti životne troškove. Ako ne dobijate nikakvu pomoć od porodice i prijatelja, ovaj obrazac Pisma potpore ne morate popunjavati.

Na kraju, molimo da također priložite dokumentaciju kao dokaz vaših nenaplaćenih mesečnih medicinskih i apotekarskih troškova/troškova za lekove.

Molimo da obratite pažnju da samo popunjen zahtjev sa dokazom o prihodu mora biti primljen da bi se zahtjev uzeo u razmatranje. Nismo u mogućnosti da obrađujemo ili uzimamo u razmatranje zahtjeve koji nisu potpuni.

Molimo da imate na umu da komunikacije e-poštom preko interneta nisu bezbedne. Mada je malo verovatno, postoji mogućnost da informacije koje navedete u e-pošti presretnu i pročitaju druge strane osim osobe na koju je ona upućena.

Želimo da zaštitimo vaše lične podatke i postaramo se da ostanu bezbedne. Pošto zahtjev sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne informacije, preporučujemo da ih ne šaljete u e-pošti.

Molimo da odštampate i pošaljete poštom ili lično dostavite vaš popunjen zahtjev na jednu od sledećih adresa:

**ASCENSION ST. VINCENT'S
RIVERSIDE
HOPE PROGRAM
1 SHIRCLIFF WAY
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S
SOUTHSIDE
HOPE PROGRAM
4201 BELFORT RD
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY
COUNTY
HOPE PROGRAM
1670 ST. VINCENT'S WAY
MIDDLEBURG, FL 32068**

Ako imate nekih pitanja u vezi zahtjeva, pozovite nekog od naših predstavnika pacijenata na broj telefona (904) 308-1956.

S poštovanjem,

Finansijska služba za
pacijente Ascension St.
Vincent's

Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Dodatna skrining pitanja za finansijsku pomoć

- Da li imate zdravstveno osiguranje? D N Naziv osiguravajuće kompanije i ID člana _____
- Da li ste mlađi od 21 i stariji od 65 godina? D N Mlađi od 21 Stariji od 65
- Da li imate maloletnu decu kod kuće? D N
- Da li ste trudni? D N
- Da li vas Uprava socijalnog osiguranja smatra invalidom ili Da li imate slučaj invalidnosti u toku? D N Invalid U toku: kada ste podneli zahtjev?
- Kakav je vaš status SAD državljanstva? *Obratite pažnju: ovo pitanje se postavlja isključivo u svrhe podobnosti za Emergency Medicaid* D N Građanin SAD Izbeglica Zelena karta VIZA (radna ili posetioca)

Molimo da navedete razlog zašto se prijavljujete za finansijsku pomoć/HOPE

- Imam nepodmirene medicinske račune zbog odlaska u Urgentni centar/ Lječenja u bolnici/ Planirane nege (zaokružite jedan ili više odgovora)
- Drugo (unesite sažeto objašnjenje) _____

Vrijeme obrade zahtjeva

- Može trajati do 45 dana ali naši finansijski savjetnici rade marljivo da bi obradili vašu prijavu što je brže moguće.
- Da biste pomogli našim finansijskim savjetnicima u postupku, uvjerite se da podnosite potpuno popunjen i potpisan zahtjev sa svim potrebnim dokumentima kako bi se izbjeglo kašnjenje u obradi vašeg zahtjeva.



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Detaljna uputstva za zahtjev za finansijsku pomoć

- Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć**
Popunite sva relevantna polja, potpišite i datirajte
- Skrining pitanja za finansijsku pomoć**
Molimo zaokružite Da ili Ne i navedite dodatne informacije gde su potrebne
- Pismo potpore**
Molimo da popunite ako se odnosi na vas
- Obrazac potvrde za beskućnike**
Popunite u cijelosti ako se odnosi na vas
- Priopćenje o finansijskim informacijama, obrazac 2613 (samo stanovnici Floride)**
DCF (Odjel za djecu i porodice) treba koristiti ovaj obrazac u svrhu podobnosti i utvrđivanja za Medicaid i da li ste vi podobni.
Linije za potpis moraju uključivati potpise pacijenta i supružnika ako je primjenjivo.
- Punomoćje imenovanog predstavnika, obrazac 2505 (samo stanovnici Floride)**
Potpis i datum na liniji za potpis klijenta.
Ovaj obrazac se treba koristiti u svrhu podobnosti i utvrđivanja za Medicaid. On nam omogućuje da popunimo vaš zahtjev za Medicaid i pratimo vaš slučaj Medicaid. Nemojte da unosite ime predstavnika.
- Prilog C (samo za stanovnike GA)**
Potpišite vaše ime ispod 10. i datirajte ispod 11.
- R1 Ovlašćenje za predstavnika pacijenta**
Potpis i datum
- R1 Ovlašćenje za razmatranje zdravstvenog osiguranja**
Molimo da popunite potrebne informacije ako se odnose na vas.

Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Informacije o pacijentu

(Molimo da odštampate i sva polja moraju biti popunjena. Označite N/P ako nije primjenjivo na svakoj pojedinačnoj liniji u zahtjevu)

Datum _____ Broj računa _____
Ime (ime i prezime) _____
Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____
Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____
Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____
Poslodavac _____ Status zaposlenja _____
Broj radnih sati nedeljno _____ Broj telefona poslodavca _____

Informacije o odgovornoj strani/informacije o zakonskom staratelju

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, ostavite ovaj deo praznim.)

Ime (ime i prezime) _____
Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____
Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____
Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____
Poslodavac _____ Status zaposlenja _____
Broj radnih sati nedeljno _____ Broj telefona poslodavca _____

Informacije o supružniku odgovorne strane

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, popunite informacije o supružniku za pacijenta.)

Ime (ime i prezime) _____
Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____
Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____
Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____
Poslodavac _____ Status zaposlenja _____
Broj radnih sati nedeljno _____ Broj telefona poslodavca _____

Izdržavana lica odgovorne strane

(Ako je pacijent gorenaveden u isto vreme i odgovorna strana, popunite informacije o supružniku za pacijenta.)

Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornom stranom _____
Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornom stranom _____
Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornom stranom _____
Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornom stranom _____

Broj odraslih i dece koji žive u domaćinstvu _____

Mesečni prihod

(Popunite u iznosima u dolarima za svaku stavku navedenu dole. Navedite iznos mesečno za svakoga.)

Ostvaren prihod podnosioca zahtjeva _____
Prihod supružnika podnosioca zahtjeva _____
Naknade za socijalno osiguranje _____
Penzioni/mirovinski prihod _____
Prihod od invalidnine _____
Naknada za nezaposlenost _____
Naknade radnicima _____
Prihod od kamata/dividendi _____

Primljen dečiji dodatak _____
Primljena alimentacija _____
Prihod od iznajmljivanja nekretnina _____
Bonovi za hranu _____
Primljena distribucija uzajamnih fondova _____
Drugi prihod _____
Drugi prihod _____
Ukupan bruto mesečni prihod u \$ _____

Mesečni troškovi života

Hipoteka/zakup _____
Komunalni troškovi _____
Telefon (fiksni) _____
Mobilni telefon _____
Namernice/hrana _____
Kablovska/internet/satelitski tv _____
Otplata automobila _____
Nega deteta _____

Dečiji dodatak/alimentacija _____
Kreditne kartice _____
Računi lekara/bolnice _____
Osiguranje vozila/automobila _____
Osiguranje kuće/imovine _____
Medicinsko/zdravstveno osiguranje _____
Osiguranje života _____
Drugi mesečni troškovi _____
Ukupni mesečni troškovi u \$ _____

Imovina

Gotovina/štednje/čekovni računi _____
Akcije/obveznice/ulaganja/CD(s) _____
Druga nekretnina/sekundarno prebivalište _____
Čamac/kamper/motocikl/rekreativno vozilo _____
Kolekcionar automobila/automobili za zabavu _____
Druga imovina _____

Ovime potvrđujem da su gornje informacije tačne i potpune prema mom najboljem saznanju. Ovime ovlašćujem bolnicu da pribavi informacije od vanjskih agencija za kreditno izvešće ako bolnica to smatra neophodnim.

Potpis podnosioca zahtjeva _____

Datum _____

Komentari _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Pismo potpore

Broj zdravstvenog kartona pacijenta/broj računa _____

Ime pomoćnika _____

Odnos sa pacijentom/podnosiocem zahtjeva _____

Adresa pomoćnika _____

Za Ascension:

Ovo pismo ima za cilj da obavjesti da (ime pacijenta) _____ prima mali ili ne prima nikakav prihod i ja njemu/njoj pomažem sa troškovima života. On/ona ima malu ili nikakvu obavezu prema meni.

Potpisivanjem ove izjave, saglasan/a sam da informacije navedene tačne prema mom najboljem saznanju.

Potpis pomoćnika _____

Datum _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

OBRAZAC POTVRDE ZA BESKUĆNIKE

Ime pacijenta: _____ Datum rođenja: ____

Zadnja 4 broja SSN-a: _____ Potvrđen SSN (D/N): _____

Ja sam trenutno beskućnik i omogućeno mi je da primam poštu na sljedećoj adresi:

Dobijam bonove za hranu u iznosu od \$ _____ mesečno.

Nezaposlen/a sam i nemam prihode posljednjih _____ meseci.

PACIJENT

Ovim potvrđujem da je moj odgovor na konkretnu prethodnu izjavu, istinit, potpun i tačan. Potpisivanjem ove Potvrde, vi potvrđujete da ste pročitali ovu Potvrdu ili da vam je neko pročitao i da ste stavili važeći, legalni potpis.

Potpis pacijenta Datum Broj telefona

Vlasnik kuće/Izdavalac kuće

Molimo da kućevlasnik/Izdavalac kuće gdje vam je dozvoljeno da primete poštu popuni ovaj odjeljak:

Ja _____ potvrđujem da _____ je trenutno beskućnik i da mu je dozvoljeno da prima poštu na mojoj adresi navedenoj gore.

Potpis kućevlasnika Datum Broj telefona



Država Florida
Estado De La Florida

Odjel za djecu i obitelji
Departamento de Niños y Familias

**PRIOPĆENJE O FINANSIJSKIM
INFORMACIJAMA**
Autorización Para Informe Economico

Datum (*Fecha*): _____

Broj slučaja ili ACCESS broj
(*Numero del Caso o Numero de ACCESS*)

Nadležnoj osobi:
(*A Quien Pueda Interesar*):

Ovim dajem odobrenje i opunomoćujem bilo koju banku, građevinsko udruženje, poslodavca, osiguravajuće društvo, kompaniju za nekretnine ili vladinu agenciju ili bilo koju finansijsku instituciju bilo koje vrste da obelodani bilo kom agentu Odjela za djecu i porodice potpune informacije koje se tiču mojih bankovnih računa, zarada, polisa osiguranja, imovine ili beneficija, za vremenski period naveden u nastavku.

(Par la presente autorizo a cua/quier banco, compafiia de construcci6n, compafiia de seguros, compafiia de bienes raices, agencia de gobierno o instituci6n financiera que a sf lo solicite, a suministrar informaci6n sabre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)

Ovo priopćenje važi od _____ do _____

(Esta autorizaci6n es valida desde _____ hasta _____.)

Potpis(i): _____
(*Firma(s)*)

Ime(na) na računu: _____
(*Nombre(s) en la Cuenta*)

Potpis ESS stručnjaka

Datum



Ukloni

PUNOMOĆJE IMENOVANOG PREDSTAVNIKA

Broj slučaja _____

Ime klijenta _____

Popunio klijent

Želeo bih da _____ djeluje u moje ime prilikom utvrđivanja moje
Ime predstavnika
podobnost za javnu pomoć od Odjela za djecu i porodice.

Potpis klijenta _____

Datum _____

Popunio predstavnik

Jasno mi je da sam, prihvatanjem ovog punomoćja, ja odgovoran za pružanje ili pomoć u pružanju informacija potrebnih za utvrđivanje podobnosti ovog lica za pomoć. Jasno mi je da mogu biti krivično gonjen zbog krivokletstva i/ili prijevare ako uskratim informacije ili namjerno pružim lažne informacije.

Potpis predstavnika _____

Datum _____

Odnos sa klijentom _____

Ulica i broj _____

Grad _____

Država _____

Broj telefona _____

Samopunomoćje od strane predstavnika

Ja predstavljam _____ u pružanju informacija za utvrđivanje podobnosti za pomoć jer on/ona ne može predstavljati samog/samu sebe. Pružiću informacije prema mom najboljem saznanju. Jasno mi je da ako uskratim informacije ili ako namjerno pružim lažne informacije, mogu biti krivično gonjen zbog krivokletstva i/ili prijevare. Slažem se da bez odlaganja prijavim svaku promjenu u njihovoj situaciji koju doznam.

Potpis predstavnika _____

Datum _____

Odnos sa klijentom _____

Ulica i broj _____

Grad _____

Država _____

Broj telefona _____

Pomoć pri popunjavanju zahtjeva

Možete odabrati ovlaštenog predstavnika.

Vi možete dati osobi od povjerenja dozvolu da razgovara o ovom zahtjevu sa nama, vidi vaše informacije, i da vas predstavlja u predmetima u vezi sa ovim zahtjevom, uključujući dobijanje informacija o vašem zahtjevu i potpisivanje vašeg zahtjeva u vaše ime. Ta osoba se zove „opunomoćeni predstavnik“. Ako ikada bude potrebno da promijenite vašeg opunomoćenog predstavnika, obratite se Odjeljenju za porodične i dječje usluge (DFCS) na broj telefona 1-877-423-4746. Ako ste zakonski opunomoćeni predstavnik za nekoga po ovom zahtjevu, podnesite dokaz uz zahtjev.

1. Ime ovlaštenog predstavnika (ime, srednje ime, prezime)		
2. Adresa		3. Broj apartmana ili stana
4. Grad	5. Država	6. Poštanski broj
7. Broj telefona () –		
8. Ime organizacije		9. ID broj (ako je primjenjivo)
Potpisivanjem, dajete dozvolu toj osobi da potpiše vaš zahtjev, dobije službene informacije o ovom zahtjevu, i da vas prestavlja u svim budućim predmetima kod ove agencije.		
10. Vaš potpis		11. Datum

Samo za opunomoćene savjetnike za zahtjeve, navigatore, agente i posrednike.

Popunite ovaj odjeljak ako ste opunomoćeni savjetnik za zahtjeve, navigator, agent ili posrednik koji popunjava ovaj zahtjev za nekog drugog.

1. Datum početka zahtjeva (mm/dd/gggg)	
2. Ime, srednje ime, prezime i sufiks	
3. Ime organizacije	4. ID broj (ako je primjenjivo)



POTREBNA VAM JE POMOĆ SA VAŠIM ZAHTJEVOM? Posetite [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov) ili nas pozovite na broj telefona 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku osim na engleskom, pozovite broj telefona 1-877-423-4746 i predstavniku korisničke službe kažite koji vam je jezik potreban. Pomoći ćemo vam a da vas ništa ne košta. TTY korisnici treba da pozovu na broj telefona 1-800-255-0135.



OVLAŠĆENJE ZA PREDSTAVNIKA PACIJENTA

OD: (IME KLIJENTA) _____

Ovim imenujem i ovlašćujem R1 Care Coverage, njegove agente i zaposlenike (zajedno „Predstavnik“) da me zastupaju i djeluju u moje ime ispred bilo kakve medicinske ustanove, finansijske institucije, društva za životno osiguranje, mjesta zaposlenja, Okružnom/državnom odjelu za ljudske usluge, Uprave socijalnog osiguranja, Ustanove za mentalno zdravlje i Uprave za veterane u svrhu mogućeg osiguravanja ili izmjenjene naknada za zdravstvenu zaštitu za mene i/ili moje domaćinstvo.

Izričito pristajem na obelodanjivanje i izdavanje mojim Predstavnicima svih bolničkih zapisa, medicinskih i psihijatrijskih izvještaja (uključujući, ukoliko je to prikladno, izvještaje u vezi sa drogom, alkoholom i HIV/AIDS), svih finansijskih informacija (uključujući bankovne izvode, polise životnog osiguranja i dokumentacije o zaposlenju/platnim listama) i svih drugih dokumenata i informacija koji se odnose na mene/ili moje domaćinstvo koji su pod nadzorom ovih subjekata.

Jasno mi je da neki od zapisa koji su preuzeti, mogu uključivati informacije o zloupotrebi supstanci, mentalnom zdravlju i HIV statusom u vezi sa drugom zaraznom bolešću. Neke od tih informacija moraju se držati u tajnosti u skladu sa svim državnim i saveznim zakonima sa HIPAA kao što je izmjenjeno 14. avgusta 2002. Potvrđujem da sam primio primjerak R1 Obavještenja o privatnosti kao što je propisano zakonom.

Ovim se odričem svih zahtjeva za povjerljivost koje su procijenili predstavnici R1 Care Coverage, i objelodaniću te informacije samo u direktnoj vezi sa mojim slučajem. Preuzete ili obelodanjene informacije ne traju duže nego što je potrebno za dobijanje tih informacija i njihovog obelodanjivanja.

PODACI SOCIJALNOG OSIGURANJA: Također ovlašćujem i dodjeljujem R1 Care Coverage pravo na prikupljanje informacija od Uprave socijalnog osiguranja i/ili pravnog savjetnika kojeg sam pribavio da bih potvrdio ili pribavio informacije o svakom članu porodice povezanim sa mojim slučajem koje ja i svaki član porodice primamo.

Ime (štampanim slovima)

Potpis

Datum

Ulica i broj

Grad

Država

Pošanski broj

Telefon

Ascension St. Vincent's

Bolnica / Datum prijema

Potpis svedoka (ako pacijent ne može da se potpiše)

Predstavnik za Care Coverage

Broj računa



UPUTSTVO: Navedite dva dodatna kontakta sa kojima R1 RCM Inc. može razgovarati u vaše ime u vezi sa vašim slučajem zdravstvenog osiguranja/Medicaid/Medicare:

OVLAŠĆENJE ZA RAZMATRANJE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Ovim ovlašćujem R1 RCM Inc. da koristi ili obelodanjuje informacije u vezi sa mojom zdravstvenom zaštitom kod osoba navedenih u nastavku. Ovo ovlašćenje će biti na snazi dok se ne odobri zdravstvena zaštita, konačno ne odredi da nisam podoban za bilo kakvu zdravstvenu zaštitu, ili povlačim ovo ovlašćenje dostavljanjem pismenog obavještenja kompaniji R1 RCM Inc.

Ime: _____

Odnos sa pacijentom: _____

Telefon: _____

Ime: _____

Odnos sa pacijentom: _____

Telefon: _____

Ime pacijenta (štampano)

Potpis

Datum

Ovlašćena osoba ako to nije pacijent

Potpis

Datum

Ulica i broj

Grad

Država

Poštanski broj

Telefon

Ascension St. Vincent's

Bolnica/ Datum prijema

Potpis svedoka (ako pacijent ne može da se potpiše)

R1 RCM, Inc.
Representative