

# 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 \_\_\_\_\_



# Ascension

## WYMAGANE DOKUMENTY I ZAŚWIADCZENIA

Wraz z wnioskiem jako dowód dochodu należy dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów. Jeśli pozostają Państwo w związku małżeńskim lub mieszkają Państwo z bliską sobie osobą przez od co najmniej 6 miesięcy, przed rozpatrzeniem wniosku taka osoba będzie musiała dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów jako dowód swoich dochodów.

- Kopie 3 ostatnich odcinków wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie ostatniego rocznego zeznania podatkowego (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą należy dołączyć wszystkie formularze)
- Decyzja o przyznaniu świadczeń socjalnych i/lub świadczenia emerytalnego
- Ostatnie roczne zeznanie podatkowe rodziców lub opiekunów, jeśli wnioskodawca jest osobą pozostającą na ich utrzymaniu i nie ukończył 25. roku życia
- Inne dokumenty poświadczające dochód
- Kopie wyciągów bankowych z ostatnich 3 miesięcy
- Kopia wypłaty zasiłku dla bezrobotnych

Jeśli otrzymują Państwo pomoc od rodziny lub przyjaciół, lub jeśli z nimi Państwo mieszkają, należy poprosić takie osoby o wypełnienie dołączonej do niniejszego pisma „Deklaracji wsparcia”. Po wypełnieniu takiego dokumentu nie będą oni odpowiedzialni za Państwa rachunki medyczne. Dokument pokaże jednak, w jakim stopniu są Państwo w stanie pokryć swoje koszty utrzymania. W przypadku braku wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, nie trzeba wypełniać Deklaracji wsparcia.

Prosimy również, by dostarczyć dokumentację jako dowód Państwa nieopłaconych miesięcznych kosztów za usługi medyczne / leki.

Wniosek będzie mógł zostać rozpatrzony, jeśli zostanie wypełniony i dostarczony naszej organizacji wraz z zaświadczeniem o dochodach. Nie możemy zacząć rozpatrywać wniosków, które nie są w pełni wypełnione.

Proszę pamiętać, że wiadomości wysyłane za pośrednictwem poczty elektronicznej nie są bezpieczne. Choć jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zamieszczone w wiadomościach e-mail mogą zamiast do adresata, trafić w ręce niepowołanych stron trzecich.

Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Prosimy o niewysyłanie wiadomością elektroniczną Państwa wniosków, ponieważ zawarte są w nich informacje prywatne, takie jak numer ubezpieczenia społecznego.

Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami i przesać lub dostarczyć go osobiście na następujący adres:

Ascension Providence Rochester Hospital  
1101 West University Rd., Rochester, MI

W przypadku jakichkolwiek pytań na temat tego wniosku należy zadzwonić do przedstawiciela pacjentów naszej organizacji pod numer (248) 652-5334.