

Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć



Ascension

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 _____ Naziv bolnice _____

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 _____



Ascension

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 _____



Ascension

POTREBNA DOKUMENTACIJA I SERTIFIKACIJA

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)
- 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“. 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 sledeću adresu:

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

Ako imate nekih pitanja u vezi zahtjeva, pozovite nekog od naših predstavnika pacijenata na broj telefona (248) 652-5334.