

# 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 izražavano 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 takođe 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 odštampane i pošaljete poštom ili lično dostavite vaš popunjen zahtjev na sledeću adresu:

**Ascension St. John Hospital**  
**Za: Financial Counseling/FAP**  
**22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236**

1-866-501-3627, opcija 3