

Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć

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

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

[Date]

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)
- 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 odštampate i pošaljete poštom ili lično dostavite vaš popunjen zahtjev na sledeću adresu:

[STREET]

[SUITE]

[CITY, STATE ZIP]

Ako imate nekih pitanja u vezi zahtjeva, pozovite nekog od naših predstavnika pacijenata na broj telefona xxx-xxx-xxxx.

S poštovanjem,

Finansijska služba za pacijente
Ascension

Ascension

Molimo pošaljite prijavu na najbližu bolničku adresu financijskog savjetnika na kojoj ste primili svoje usluge:

Ascension All Saints Hospital Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405	Ascension St Francis Hospital Attn: Financial Counselor 3237 S. 16th Street Milwaukee, WI 53215	Ascension Elmbrook Hospital Attn: Financial Counselor 19333 W North Ave Brookfield, WI 53045
Ascension Franklin Hospital Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132	Midwest Orthopedic Specialty (MOSH) Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132	Ascension St. Joseph Hospital Attn: Financial Counselor 5000 W Chambers Street Milwaukee, WI 53210
Ascension Columbia St. Mary's Milwaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682	Ascension Columbia St. Mary's Ozaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682	Ascension Surgery Center Mount Pleasant Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405
Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381	Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381	Ascension Wisconsin Hospital Waukesha Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381
Ascension Calumet Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904	Ascension NE WI Mercy Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904	Ascension NE WI St. Elizabeth Hospital Attn: Financial Counselor 1506 S. Oneida St Appleton, WI 54915
Eagle River Hospital Attn: Financial Counselor 240 Maple St Woodruff, WI 54568	Good Samaritan Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481	Howard Young Medical Center Attn: Financial Counselor 240 Maple St Woodruff, WI 54568
Our Lady of Victory Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481	Sacred Heart Hospital Attn: Financial Counselor 2251 N Shore Dr Rhineland, WI 54501	St. Mary's Hospital Attn: Financial Counselor 2251 N Shore Dr Rhineland, WI 54501
St. Michael's Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481		