



# Ascension

[Date]

Poštovani pacijente/podnosioče zahtjeva,

Saosjećajnost i posvećenost su ono čime se Ascension vodi pri pružanju lične njege svima – posebno onima kojima je njega najpotrebnija. Pružanje finansijske pomoći našim pacijentima je naša misija i privilegija. Finansijska pomoć dostupna je samo u hitnim slučajevima i za drugu neophodnu medicinsku njegu. Hvala Vam što ste nam povjerali brigu o zdravstvenim potrebama Vas i Vaše porodice.

Šaljemo Vam ovo pismo i priloženu molbu za finansijsku pomoć jer smo primili Vaš zahtjev. Ako niste to tražili, zanemarite ovo pismo. Prije nego što nam pošaljete ovu molbu, popunite obje strane, uključujući svoj potpis i datum. Ako ste u proteklih šest mjeseci već popunjavali molbu i odobrena Vam je finansijska pomoć, obavijestite nas o tome – možda ne morate popunjavati novu molbu. Nažalost, ne možemo uzeti u razmatranje prethodne molbe starije od šest mjeseci.

Uz molbu treba da pošaljete potvrdu o prihodima domaćinstva i potvrdu o svoj imovini koja je u vlasništvu bilo kog člana domaćinstva.

## **Primjeri dokaza o prihodima i imovini su:**

- Kopije 3 posljednje platne liste od poslodavca
- Kopije posljednje godišnje poreske prijave (ako ste samostalno zaposleni, dostavite sve dodatne obrasce)
- Rješenje o primanju socijalne pomoći i/ili penzije
- Posljednja godišnja prijava roditelja ili staratelja ako je podnosilac molbe izdržavano lice navedeno u njihovoj poreskoj prijavi i ima manje od 25 godina
- Kopiju potvrde o primanju naknade za nezaposlena lica
- Rješenje o ispunjavanju/neispunjavanju uslova za Medicaid i/ili medicinsku pomoć koju finansira država
- Druga dokumentacija kojom se potvrđuju primanja

## **Primjeri dokaza o imovini su:**

- Trenutni izvodi iz banke (tekući i štedni računi) za posljednja 3 mjeseca
- Investicije, uključujući dionice i obveznice
- Povjerenički fondovi
- Depozitni štedni računi
- Zajednički fondovi

Ako dobijate pomoć od porodice ili prijatelja ili živite u istom domaćinstvu s njima, zamolite ih da popune priloženi obrazac „Pismo podrške“. Oni zbog toga neće biti odgovorni za Vaše račune za medicinske usluge. To će pomoći da pokažete na koji način snosite troškove života. Ako ne primete pomoć od porodice i prijatelja, ne

morate popunjavati obrazac Pismo podrške.

Na kraju, postoji mogućnost da uzmemo u obzir Vaše neizmirene račune za medicinske usluge kako biste ispunili uslove za finansijsku pomoć. Ako biste htjeli da ih uzmemo u obzir, dostavite dokumentaciju o Vašim neizmirenim mjesečnim troškovima za medicinske usluge i lijekove kao što su tekuće fakture ili izvodi stanja na računima. **Vodite računa da moramo dobiti 1) popunjenu molbu zajedno sa 2) dokazom o prihodima, 3) imovini i 4) neizmirenim računima za medicinske usluge (ako je to primjenjivo) kako bi Vaša molba bila razmotrena. Nepotpune molbe ne možemo da obradimo niti razmotrimo.**

Pri podnošenju molbe vodite računa da komunikacija e-poštom preko interneta nije bezbjedna. Iako to nije izgledno, postoji mogućnost da podaci koje napišete u poruci e-poštom mogu biti presretnuti i mogu ih pročitati druge strane osim osobe kojoj ste ih poslali. Želimo zaštititi Vaše lične podatke i obezbijediti da ostanu sigurni. Pošto se u molbi navodi Vaš broj socijalnog osiguranja i drugi privatni podaci, preporučujemo Vam da ne koristite e-poštu da je dostavite.

**Popunjenu molbu, kao i prateću dokumentaciju, odštampane i pošaljite poštom ili dostavite lično na sljedeću adresu:**

**Ascension St. Vincent's  
PO Box 932886  
Atlanta, GA 31193**

**Ascension Medical Group  
PO Box 80278  
Indianapolis, IN 46240**

Stojimo Vam na raspolaganju i želimo da budemo sigurni da će finansijsku pomoć dobiti pacijenti koji ispunjavaju uslove za nju. Ako imate bilo kakvih pitanja u vezi sa molbom, neophodnom pratećom dokumentacijom ili na koji način je najbolje da nam dostavite svoju molbu, pozovite nekog od naših predstavnika za kontakt sa pacijentima na broj 904-308-7381.

Srdačan pozdrav,

Finansijske usluge za pacijente  
organizacije Ascension

# 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 \_\_\_\_\_