



Ascension

[Date]

Poštovani pacijente/podnosioče molbe,

U organizaciji Ascension motivisani smo saosećanjem i čvrsto rešeni da pružimo ličnu negu svima – posebno onima kojima je to najpotrebnije. Smatramo da imamo misiju i privilegiju da pružimo finansijsku pomoć našim pacijentima. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitne medicinske slučajeve i drugu neophodnu medicinsku negu. Hvala Vam što ste nam poverili brigu o zdravstvenim potrebama Vas i Vaše porodice.

S obzirom na to da smo primili Vaš zahtev, dostavljamo Vam ovo pismo zajedno sa priloženom molbom za finansijsku pomoć. U slučaju da niste slali zahtev, molimo Vas da zanemarite ovo pismo. Popunite obe strane, potpišite se i navedite datum pre nego što nam je pošaljete nazad. Ako ste popunili molbu u proteklih šest meseci i odobrena Vam je finansijska pomoć, molimo Vas da nas obavestite o tome, jer u tom slučaju nema potrebe da popunjavate novu molbu. Nažalost, ne možemo da se pouzdamo u prethodne molbe koje su starije od šest meseci.

Uz molbu je neophodno da nam dostavite i potvrdu o primanjima za svoje domaćinstvo, kao i dokumentaciju o svojoj imovini koju poseduje bilo koji član Vašeg domaćinstva.

Kao dokaz o primanjima i imovini mogu poslužiti:

- Kopije tri poslednje platne liste dobijene od poslodavca
- Kopije poslednje godišnje poreske prijave (ako ste samostalno zaposleni, uključite i sve dodatne obrasce)
- Rešenje o primanju socijalne pomoći i/ili penzije
- Poslednja godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja ako je podnosilac molbe izdržavano lice koje je navedeno na njihovom poreskom obrascu i ima manje od 25 godina
- Kopija potvrde o primanju naknade za nezaposlene
- Potvrda o ispunjavanju/neispunjavanju uslova za program „Medicaid“ i/ili medicinsku pomoć koju finansira država
- Drugi dokumenti kojim se potvrđuju prihodi

Kao dokaz o imovini mogu poslužiti:

- Izvodi iz banke (tekući i štedni računi) za poslednja tri meseca
- Investicije, uključujući i akcije i obveznice
- Poverenički 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 sa oznakom „Pismo podrške“. To ih neće učiniti odgovornim za Vaše medicinske račune. To će nam pomoći da razumemo na koji način pokrivete životne troškove. U slučaju da ne dobijate pomoć porodice i prijatelja, nema potrebe da popunjavate obrazac „Pismo podrške“.

Na kraju, postoji mogućnost i da razmotrimo Vaše neizmirene medicinske račune kako bismo utvrdili da

li ispunjavate uslove za finansijsku pomoć. Ako biste želeli da to uradimo, priložite dokumentaciju u vezi sa neizmirenim mesečnim medicinskim i apotekarskim troškovima ili troškovima nabavke lekova, kao što su tekuće fakture ili izvodi stanja na računu. **Uzmite u obzir da je neophodno da nam dostavite 1) popunjenu molbu zajedno sa 2) dokazom o prihodu, 3) imovini i 4) neizmirenim medicinskim računima (ako je primenljivo) da bismo razmotrili Vašu molbu. Ne postoji mogućnost da obradimo niti razmotrimo nepotpune molbe.**

Prilikom slanja molbe, vodite računa da komunikacija putem e-pošte preko interneta nije bezbedna. Iako to nije izgledno, ipak postoji mogućnost da podaci koje navedete u e-poruci mogu presresti i pročitati druga lica, osim osobe kojoj ste ih poslali. Želimo da zaštitimo Vaše lične podatke i pobrinemo se za to da ostanu bezbedni. Budući da u molbi navodite svoj broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, preporučujemo Vam da nam je ne šaljete e-poštom.

Svoju popunjenu molbu i prateću dokumentaciju odštampajte i pošaljite poštom ili dostavite lično na sledeću adresu:

Facility/Office where service was provided:	Mail Completed Applications to:
Ascension St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Medical Group-Physician Services	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

Stojimo Vam na raspolaganju i želimo da budemo sigurni da će finansijsku pomoć zaista dobiti pacijenti koji ispunjavaju uslove za nju. U slučaju da imate pitanja u vezi sa ovom molbom, neophodnom pratećom dokumentacijom ili sa tim koji je najbolji način da nam je dostavite, pozovite jednog od naših predstavnika za kontakt sa pacijentima na broj telefona:

Facility where service was provided:	Phone #
Ascension St. John Hospital	877-809-6191
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	888-329-0421
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	888-329-0421
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	800-878-2455
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	800-878-2455
Ascension River District Hospital	888-329-0421

Srdačan pozdrav,

Finansijske usluge za pacijente
Ascension

Obrazac zahtjeva za finansijsku pomoć



Ascension

Informacije o pacijentu

(Molimo da odštampate i sva polja moraju biti popunjena. Označite N/P ako nije primenjivo 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 _____