

Wniosek o udzielenie wsparcia finansowego

Imię i nazwisko pacjenta: _____

MRN: _____

MOGĄ PAŃSTWO OTRZYMAĆ OPIEKĘ BEZPŁATNIE LUB W OBNIŻONEJ CENIE: Wypełnienie tego wniosku pomoże firmie Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) określić, czy przysługuje Państwu możliwość skorzystania z bezpłatnych lub objętych zniżką usług lub innych programów publicznych, które mogą pomóc zapłacić za opiekę zdrowotną.

JEŚLI NIE SĄ PAŃSTWO UBEZPIECZENI, NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE BĘDZIE WYMAGANY, ABY ZAKWALIFIKOWAĆ PAŃSTWA DO BEZPŁATNEJ LUB OBJĘTEJ ZNIŻKĄ OPIEKI.

Numer ubezpieczenia społecznego jest jednak wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikują się Państwo do jakichkolwiek programów publicznych. Należy wypełnić ten formularz i złożyć go osobiście, pocztą, pocztą elektroniczną lub faksem, aby wnioskować o bezpłatną lub objętą zniżką opiekę w ciągu 240 dni od daty wypisania lub otrzymania opieki ambulatoryjnej. Pacjent przyjmuje do wiadomości, że w dobrej wierze dołożył wszelkich starań, aby podać wszelkie informacje wymagane we wniosku i pomóc NMHC w określeniu, czy pacjent kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej.

JEŚLI NIE SĄ PAŃSTWO UBEZPIECZENI I SPEŁNIAJĄ OKREŚLONE DOMNIEMANE KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI, NIE MUSZĄ PAŃSTWO WYPEŁNIAĆ TEGO WNIOSKU.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bezdomność | Rejestracja w programach pomocy dla osób o niskich dochodach: |
| <input type="checkbox"/> Śmierć bez majątku | <input type="checkbox"/> Program pomocy żywieniowej dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Ubezpieśnienie psychiczne, brak osoby reprezentującej pacjenta | <input type="checkbox"/> Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Kwalifikowalność do programu Medicaid, ale nie data usługi | <input type="checkbox"/> Darmowy lunch Illinois i program śniadaniowy (LIHEAP) |

WNIOSKODAWCA				
Imię i nazwisko wnioskodawcy		Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia
Adres domowy		Miasto	Państwo	Kod pocztowy
Nr telefonu stacjonarnego		Nr telefonu komórkowego		Adres e-mail
Preferowany sposób kontaktu				Roczny dochód gospodarstwa domowego
<input type="checkbox"/> Adres w USA		<input type="checkbox"/> Adres e-mail	<input type="checkbox"/> Telefon domowy	<input type="checkbox"/> Telefon komórkowy
<input type="checkbox"/> Jestem bezdomny/-a				
Stan cywilny wnioskodawcy		Liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy (zgodnie z zeznaniem podatkowym)		
<input type="checkbox"/> Żonaty/mężatka		<input type="checkbox"/> Wolny/-a	<input type="checkbox"/> W separacji	<input type="checkbox"/> Rozwodnik
		<input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa		
Status zatrudnienia		Osoba bezrobotna – data ostatniego dnia zatrudnienia: _____		
<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona		<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca własną działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> Emeryt/-ka	<input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna
Nazwa pracodawcy			Nr telefonu	
Adres pracodawcy		Miasto	Państwo	Kod pocztowy
Nazwa planu ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę (w tym COBRA)				<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne nie jest świadczone

Wniosek o udzielenie wsparcia finansowego

Imię i nazwisko pacjenta: _____

MRN: _____

MAŁŻONEK/PARTNER/RODZIC/GWARANT (w stosownych przypadkach)			
Relacja <input type="checkbox"/> Małżonek <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Gwarant <input type="checkbox"/> Inna: _____			
Imię i nazwisko		Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> Zatrudniony/-a		<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca własną działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Emeryt/-ka <input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna – data ostatniego dnia zatrudnienia: _____	
Nazwa pracodawcy		Nr telefonu	
Adres pracodawcy		Miasto	Państwo
Nazwa planu ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę (w tym COBRA)			<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne nie jest świadczone

ZAKRES UBEZPIECZENIA	
1. Czy pacjent ma ubezpieczenie zdrowotne, włączywszy ubezpieczenie zagraniczne, Health Insurance Marketplace, świadczenia dla weteranów, Medicaid i Medicare, lub kwalifikuje się do takiego ubezpieczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
a. Jeśli TAK, należy podać następujące informacje:	
Ubezpieczający	Ubezpieczyciel
Ubezpieczający	Ubezpieczyciel
	Numer polisy
	Numer polisy

KWESTIONARIUSZ	
1. Czy Illinois było miejscem pobytu stałego pacjenta podczas pobierania opieki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
2. Czy pacjent jest obcokrajowcem zamieszkującym Illinois na podstawie wizy USA? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
a. Jeśli tak, jaki rodzaj wizy? _____	
3. Czy pacjent stara się o pomoc finansową, aby zapłacić za opiekę medyczną na naszym pogotowiu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
4. Jeśli pacjent jest po rozwodzie lub w separacji, czy były Małżonek/Partner jest odpowiedzialny za opiekę medyczną na mocy umowy separacyjnej? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
5. Czy leczenie jest związane z którymkolwiek z poniższych? <input type="checkbox"/> Wypadek <input type="checkbox"/> Przestępczość <input type="checkbox"/> Uraz w miejscu pracy <input type="checkbox"/> Inne: _____	
6. Czy pacjent zatrudnił prawnika lub jest w trakcie dochodzenia roszczenia za szkodę lub chorobę? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
a. Jeśli tak, proszę podać następujące informacje:	
_____	_____
Imię i nazwisko prawnika	
Numer telefonu prawnika	
7. Czy pacjent kiedykolwiek składał wniosek o Medicaid? (może być to wymagane) <input type="checkbox"/> Tak – oczekuje na zatwierdzenie <input type="checkbox"/> Tak – nie kwalifikuje się <input type="checkbox"/> Nie	
a. Jeśli nie, należy sprawdzić, czy poniższe informacje mają zastosowanie:	
<input type="checkbox"/> Pacjent ma poniżej 19 lat	<input type="checkbox"/> Pacjent ma ponad 65 lat
<input type="checkbox"/> Pacjent zażywa leki na cukrzycę, wysokie ciśnienie krwi lub drgawki	<input type="checkbox"/> Pacjent jest niepełnosprawny (ustalone przez Social Security Administration (Urząd Ubezpieczeń Społecznych))
<input type="checkbox"/> Pacjent jest niewidomy	
<input type="checkbox"/> Pacjentka jest w ciąży	
<input type="checkbox"/> Pacjent zamieszkuje z dziećmi poniżej 19. roku życia	

Wniosek o udzielenie wsparcia finansowego

Imię i nazwisko pacjenta: _____

MRN: _____

MAJĄTEK			
1.	<u>Nieruchomości.</u> Należy podać informacje o posiadanych nieruchomościach (<i>budynkach i/lub gruntach</i>) poza głównym miejscem zamieszkania .		
a.	Jaka jest wartość wszystkich budynków i gruntów pomniejszona o kwotę należności od nieruchomości?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
i.	Czy ta nieruchomość jest wykorzystywana jako źródło dochodu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
b.	Jaka jest wartość wszystkich gruntów pomniejszona o kwotę należności od nieruchomości?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
i.	Czy ta nieruchomość jest wykorzystywana jako źródło dochodu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
2.	<u>Konta bankowe / inwestycje.</u> Należy podać całkowite saldo dla każdego z poniższych kont.		
a.	Konto bieżące / oszczędnościowe / Credit Union:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
b.	Inne inwestycje (<i>obligacje, akcje itp. wyłączając konta IRA i/lub emerytalne</i>):	\$ _____	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Oświadczam, że informacje zawarte w tej aplikacji są prawdziwe i zgodne z posiadanymi przeze mnie informacjami. Będę ubiegać się o wszelką pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę się kwalifikować, aby uzyskać pomoc w opłaceniu tego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą być weryfikowane przez NMHC i upoważniam NMHC do kontaktowania się z osobami trzecimi w celu sprawdzenia dokładności informacji podanych w tym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku lub jeśli wniosek zawiera istotny błąd lub pominięcie, nie będę kwalifikować się do pomocy finansowej, a wszelka udzielona mi pomoc finansowa może zostać wycofana i będę mieć obowiązek opłacenia rachunku.

Podpis wnioskodawcy

Podpis małżonka/partnera/rodzica/gwaranta (w stosownych przypadkach)

Data

Data

Prosimy o odesłanie wypełnionego wniosku i dokumentów uzupełniających do:

Northwestern Memorial HealthCare
Do wiadomości: Dział doradztwa finansowego
675 North Saint Clair, 2-110
Chicago, IL 60611
Telefon 312.926.6906 lub 800.423.0523
Faks 312.694.0447
finapps@nm.org

Imię i nazwisko pacjenta: _____

MRN: _____

Dokumenty uzupełniające wymagane przy pomocy finansowej

Prosimy o dostarczenie wymaganych dokumentów wskazanych poniżej. Wniosek może być opóźniony lub odrzucony w przypadku, gdy którykolwiek z wymaganych dokumentów nie zostanie dostarczony. W przypadku braku możliwości dostarczenia danego dokumentu należy załączyć list wyjaśniający.

Dokumenty podstawowe:

- Dokumenty podatkowe: należy dostarczyć najnowsze federalne zeznanie podatkowe i formularz W-2 lub IRS 4506-T: wniosek o odpis zeznania podatkowego.
- Ważny dokument tożsamości ze zdjęciem wydany przez rząd:
 - Prawo jazdy, paszport itp.
- Potwierdzenie zamieszkania na terenie stanu Illinois: należy dostarczyć **co najmniej jeden** z następujących dokumentów.
 - Ważny państwowy dokument tożsamości ze zdjęciem lub prawo jazdy
 - Ostatni rachunek za media z adresem w Illinois
 - Karta rejestracyjna wyborcy w stanie Illinois
 - Niedawny list zaadresowany do wnioskodawcy nadany przez instytucję rządową lub innego wiarygodnego nadawcę
 - List z domu opieki dla bezdomnych
- Zaświadczenie o dochodach: należy przedstawić wszystkie odpowiednie dokumenty wymienione poniżej.
 - Kopie dwóch ostatnich odcinków lub potwierdzeń dla osób bezrobotnych
 - Kopie dwóch ostatnich odcinków lub potwierdzeń pracodawcy
 - Kopie dwóch ostatnich odcinków lub potwierdzeń z opieki społecznej
- Zaświadczenie o posiadanym majątku: należy przedstawić najnowsze wyciągi z kont bieżących, oszczędnościowych i rachunków kredytowych.
- Wypełniony i podpisany wniosek

Dokumenty uzupełniające / inne:

- Zaświadczenie o dochodach innych niż wynagrodzenie: należy przedstawić następujące odpowiednie dokumenty tylko w przypadku, jeżeli za poprzedni rok nie składano zeznania podatkowego lub jeżeli w którymkolwiek z następujących źródeł dochodu zajdzie różnica między tym, a poprzednim rokiem kalendarzowym.
 - Zestawienie dochodów z tytułu alimentów
 - Zestawienie dochodów z działalności gospodarczej
 - Zestawienie dochodów z tytułu emerytury lub renty
- Osoby w związku małżeńskim lub partnerstwie cywilnym: należy przedstawić następujące odpowiednie dokumenty dotyczące małżonka lub partnera
 - Potwierdzenie dochodów i dochodów innych niż wynagrodzenie (jak opisano powyżej)
 - Federalne zeznanie podatkowe i formularz W-2 lub formularz IRS 4506-T: wniosek o odpis zeznania podatkowego
 - Najnowsze wyciągi z kont bieżących, oszczędnościowych i rachunków kredytowych
- Uzupełniające/inne (jeżeli ma to zastosowanie):
 - Cudzoziemcy muszą przedstawić kopię paszportu i wizę do Stanów Zjednoczonych
 - Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (należy skopiować przód i tył)
 - Przyznanie/odrzuconie Medicaid — list
 - List polecający (tj. jeśli wydatki opłacane są przez inny podmiot)