

Današnji datum

ZAHTEJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta

MRN

Možda ćete moći dobiti besplatnu njegu ili njegu s sniženjem.

Ispunite ovu prijavu kako biste pomogli Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) da utvrdi možete li dobiti:

- Besplatne ili snižene usluge
- Drugi javni programi koji mogu pomoći u plaćanju vaše zdravstvene njege

Ako nemate zdravstveno osiguranje: Ne trebate broj socijalnog osiguranja da biste dobili besplatnu njegu ili njegu s popustom.

Broj socijalnog osiguranja potreban je za neke javne programe, uključujući Medicaid. Niste dužni dati broj socijalnog osiguranja, ali to će pomoći NMHC-u da utvrdi ispunjavate li uvjete za bilo koji javni program.

Ispunite ovaj obrazac i pošaljite ga lično ili poštom, e-poštom ili faksom, zajedno sa **svim** potrebnim pratećim dokumentima. Morate podnijeti potpuni zahtjev i popratne dokumente u roku **od 240 dana** nakon što ste otpušteni ili dobijete ambulantnu njegu.

Potvrđujete da ste pokušali u dobroj vjeri podnijeti zahtjev za besplatnu ili sniženu njegu u roku od 240 dana nakon datuma otpusta ili datuma kada ste primili ambulantnu njegu. Potvrđujete da ste se potrudili u dobroj vjeri da date sve informacije koje ova prijava traži kako biste pomogli NMHC-u da utvrdi ispunjavate li uvjete za financijsku pomoć.

Ako nemate zdravstveno osiguranje i ispunjavate određene kriterije: Ne morate ispuniti ovaj zahtjev.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beskućnik ste. | Odaberite bilo koji od ovih programa u koje ste upisani. |
| <input type="checkbox"/> Pacijent je preminuo, bez bračnog druga/imovine. | <input type="checkbox"/> Program prehrane za žene, dojenčad i djecu (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Ne možete sami donositi odluke (mentalna nesposobnost) i nemate nikoga ko bi djelovao u vaše ime. | <input type="checkbox"/> Dodatni program pomoći u prehrani (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Imate pravo na Medicaid, ali ne i na datum službe. | <input type="checkbox"/> Program besplatnog ručka i doručka u Illinoisu |
| | <input type="checkbox"/> Illinois Program energetske pomoći u kući (LIHEAP) |

Vaše informacije			
Ime		Broj socijalnog osigurnja	Datum rođenja
Kućna adresa		Grad	Država
			Poštanski kod
Broj kućnog telefona	Broj mobilnog telefona	E-pošta	
Preferirana metoda kontakta <input type="checkbox"/> US Pošta <input type="checkbox"/> E-pošta <input type="checkbox"/> Kućni telefon <input type="checkbox"/> Mobilni telefon <input type="checkbox"/> Beskućnik sam.			Godišnji prihod domaćinstva
Bračno stanje <input type="checkbox"/> Vjenčan/a <input type="checkbox"/> Slobodan/a <input type="checkbox"/> Razdvojen/a <input type="checkbox"/> Razveden/a <input type="checkbox"/> Udovac ili Udovica			Broj osoba u vašem domaćinstvu (prema podacima o vašim porezima):
Stanje zaposlenja <input type="checkbox"/> Zaposlen/a <input type="checkbox"/> Samozaposlen/a <input type="checkbox"/> Penzioner/ka <input type="checkbox"/> Onesposobljen/a			
Naziv poslodavca		Broj telefona	
Adresa poslodavca		Grad	Država
			Poštanski kod
Naziv plana zdravstvenog osiguranja koji vaš poslodavac nudi, uključujući COBRA			<input type="checkbox"/> Vaš poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje.

ZAHTEJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta

MRN

Pokrivanje osiguranja		
Jeste li pokriveni ili imate pravo na bilo koju policu zdravstvenog osiguranja, uključujući:		
<ul style="list-style-type: none">• Međunarodno/putno zdravstveno osiguranje• Planovi tržišta zdravstvenog osiguranja• Braniteljske naknade• Medicaid• Medicare		
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Ako ste odgovorili potvrdno, navedite sljedeće podatke:		
Ime osobe koja je kupila plan (osiguranik):	Osiguravač	Broj police
Ime osobe koja je kupila plan (osiguranik):	Osiguravač	Broj police

Supružnik, partner, roditelj ili garantor (ako je primjenjivo)			
Veza <input type="checkbox"/> Supružnik <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Garantor <input type="checkbox"/> Ostalo _____			
Ime	Broj socijalnog osigurnja	Datum rođenja	
Stanje zaposlenja <input type="checkbox"/> Zaposlen/a <input type="checkbox"/> Samozaposlen/a <input type="checkbox"/> Penzioner/ka <input type="checkbox"/> Onesposobljen/a			
Naziv poslodavca		Broj telefona	
Adresa poslodavca	Grad	Država	Poštanski kod
Naziv plana zdravstvenog osiguranja koji poslodavac nudi, uključujući COBRA			<input type="checkbox"/> Poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje.

ZAHTEJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta _____

MRN _____

Upitnik	
1. Jeste li živjeli u Illinoisu kada ste dobili njegu?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
2. Jeste li strani državljanin (ne državljanin SAD-a) koji živi u Illinoisu s američkom vizom? A. Ako da, koja je vrsta vize? _____	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
3. Želite li financijsku pomoć za njegu koju ste primili u našoj hitnoj službi?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4. Ako ste razvedeni ili rastavljeni: Je li vaš bivši supružnik/partner financijski odgovoran za medicinsku njegu prema ugovoru o razvodu ili rastavi?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
5. Je li vaša njega bila povezana s nečim od sljedećeg? <input type="checkbox"/> Nesreća <input type="checkbox"/> Zločin <input type="checkbox"/> Povreda na radnom mjestu <input type="checkbox"/> Ostalo	
6. Jeste li angažirali advokata ili tražite odštetni zahtjev za svoju ozljedu ili bolest? A. Ako ste odgovorili potvrdno, navedite: _____	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
_____	_____
Ime advokata	Broj telefona advokata
7. Jeste li se već prijavili za Medicaid? Možemo to od vas zahtijevati. A. Ako ste odgovorili ne, označite sve što je primjenjivo:	<input type="checkbox"/> Da - Čekam na odobrenje <input type="checkbox"/> Da – Ne ispunjavam uvjete <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> Imate 19 godina ili manje. <input type="checkbox"/> Imate 65 ili više godina. <input type="checkbox"/> Slijepi ste. <input type="checkbox"/> Uzimate lijekove za liječenje dijabetesa, visokog krvnog pritiska ili napade. <input type="checkbox"/> Vi ste invalid, kako je utvrdila Uprava za socijalno osiguranje. <input type="checkbox"/> Trudni ste. <input type="checkbox"/> Imate djecu mlađu od 19 godina koja žive s vama.	

IMOVINA	
1. Nekretnina: Molimo dajte informacije o svim zgradama ili zemljištu koje posjedujete, a koje nije glavno mjesto u kojem živite.	
A. Kolika je vrijednost svih zgrada i zemljišta umanjena za iznos koji dugujete na nekretnini? \$ _____	<input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
I. Koristi li se ova nekretnina za zaradu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
B. Kolika je vrijednost zemljišta (bez zgrada) umanjena za iznos koji dugujete na nekretnini? \$ _____	<input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
I. Koristi li se ova nekretnina za zaradu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
2. Bankovni računi i ulaganja: Molimo navedite ukupni iznos u svakom od sljedećih stavki.	
A. Tekući računi, štedni računi i računi kreditnih sindikata: \$ _____	<input type="checkbox"/> Nije primjenjivo
B. Ostala ulaganja, kao što su obveznice i dionice. Nemojte uključivati bilo koju vrstu računa za penziju. \$ _____	<input type="checkbox"/> Nije primjenjivo

Potpisom se slažem da:

- Podnijet ću zahtjev za bilo koju državnu, federalnu ili lokalnu pomoć na koju mogu imati pravo da pomognem platiti ovaj račun.
- Podaci u ovoj prijavi istiniti su i tačni prema mom najboljem znanju.
- Razumijem da bi NMHC mogao potvrditi ovu informaciju.
- NMHC može kontaktirati treće strane kako bi provjerio informacije koje sam naveo u ovoj prijavi.

Razumijem da ako sam svjesno dao lažne podatke, ako prijava ima značajnu grešku ili ako je nešto značajno izostavljeno:

- Neću imati pravo na financijsku pomoć.
- Bilo koja financijska pomoć koja mi je dodijeljena može se poništiti.
- Ja ću biti odgovoran za plaćanje računa.

Vrijeme _____ Datum _____ Potpis podnositelja zahtjeva _____

Vrijeme _____ Datum _____

Supružnik/partner/roditelj/garantor (zaokruži jedno) Potpis (ako je primjenjivo) _____

Molimo da popunjenu prijavu i sve popratne dokumente vratite na:

Northwestern Memorial HealthCare

Telefon: 312.926.6906 ili 800.423.0523

ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta

Na ime: Financijsko savjetovanje
675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

MRN

Faks: 312.694.0447
finapps@nm.org

Potrebni popratni dokumenti za financijsku pomoć

Vaša će prijava biti odgođena ili odbijena ako ne priložite sve potrebne dokumente. Ako ne možete dostaviti traženi dokument, dostavite pismo s objašnjenjem zašto.

Potrebni dokumenti

- Kopija vaše najnovije federalne porezne prijave i W-2 ili IRS obrazac 4506-T: Zahtjev za prijepis porezne prijave.
- **Kopija važećeg državnog dokumenta s fotografijom**, poput vaše vozačke dozvole ili pasoša
- Barem **jedan** od ovih dokumenata:
 - Kopija važeće lične karte s fotografijom ili vozačke dozvole izdane u državi Illinois
 - Nedavni račun za režije s adresom u Illinoisu
 - Kopija vaše kartice za registraciju glasača u Illinoisu
 - Pošta upućena na vašu trenutnu adresu od vlade ili drugog vjerodostojnog izvora
 - Pismo iz prihvatilišta za beskućnike
- Svi dolje navedeni dokumenti koji se odnose na vas:
 - Kopije vaša dva posljednja čeka ili isječka o nezaposlenosti
 - Kopije vaša dva posljednja čeka ili isječka poslodavca
 - Kopije vaša dva posljednja čeka socijalnog osiguranja ili isječka
- Vaša dva najnovija izvoda za sve tekuće, štedne i kreditne račune.
- Popunjena i potpisana prijava

Ostali dokumenti

- Ako niste podnijeli poreznu prijavu za prošlu godinu **ili** ako će se vaš prihod od alimentacije, poslovanja, penzije razlikovati od prošle godine: u nastavku dostavite dokumente koji se ne odnose na platu i koji se odnose na vas.
 - Izjava o prihodima od alimentacije
 - Izvještaj o poslovnom prihodu
 - Izjava o penzionim primanjima
- Ako ste u braku ili u građanskoj zajednici: dostavite dokumente u nastavku koji se odnose na vašeg supružnika ili partnera.
 - Dokaz o prihodima i neplatnim prihodima (kao što je gore opisano)
 - Povrat federalnog poreza
 - W-2 ili IRS obrazac 4506-T: Zahtjev za prijepis porezne prijave
 - Najnoviji izvod za sve tekuće, štedne i kreditne račune

ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta

MRN

• Ako ste strani državljanin (niste državljanin SAD-a):

Pošaljite kopiju svg pasoša i vize za SAD.