

Dzisiejsza data _____

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta _____ Nr dok. medycznej (MRN) _____

Mogą Państwo otrzymać bezpłatną opiekę zdrowotną lub uzyskać zniżkę.

Proszę wypełnić ten wniosek, aby pomóc Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) określić, czy mogą Państwo otrzymać:

- bezpłatne świadczenia lub zniżki ich dotyczące,
- inne programy publiczne, które mogą pomóc w opłaceniu opieki zdrowotnej.

Jeśli nie mają Państwo ubezpieczenia zdrowotnego, aby uzyskać bezpłatną lub zniżkową opiekę, nie trzeba posiadać numeru ubezpieczenia społecznego.

Tylko w przypadku niektórych programów państwowych, w tym programu Medicaid, wymagany jest numer ubezpieczenia społecznego. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże NMHC ustalić, czy kwalifikują się Państwo do jakichkolwiek programów publicznych.

 Proszę wypełnić ten formularz i dostarczyć go osobiście lub przesać pocztą, e-mailem albo faksem wraz ze **wszystkimi** wymaganymi dokumentami uzupełniającymi. Należy złożyć wypełniony wniosek i dokumenty potwierdzające **w ciągu 240 dni** od wypisu ze szpitala lub otrzymania opieki ambulatoryjnej (pozaszpitalnej).

Uznają Państwo, że w dobrej wierze próbowali ubiegać się o bezpłatną lub zniżkową opiekę w ciągu 240 dni od daty wypisu ze szpitala lub daty otrzymania opieki ambulatoryjnej. Uznają Państwo, że w dobrej wierze dołożyli wszelkich starań, aby podać wszystkie informacje wymagane w niniejszym wniosku w celu pomocy NMHC w ustaleniu, czy kwalifikują się Państwo do pomocy finansowej.

Jeśli nie posiadają Państwo ubezpieczenia zdrowotnego i spełniają określone kryteria: Nie muszą Państwo wypełniać tego wniosku.

- ☐ Doświadczają Państwo bezdomności.
- ☐ Pacjent nie żyje, nie ma współmałżonka/spadkobiercy.
- ☐ Nie są Państwo w stanie samodzielnie podejmować decyzji (ubezwłasnowolnienie ze względu na niepełnosprawność umysłową) i nie mają Państwo nikogo, kto mógłby działać w Państwa imieniu.
- ☐ Kwalifikują się Państwo do Medicaid, ale bez daty świadczenia.

Proszę wybrać dowolny z tych programów, do których są Państwo włączeni.

- ☐ Program dokarmiania kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)
- ☐ Program pomocy w uzyskaniu dodatkowego dokarmiania (SNAP)
- ☐ Program bezpłatnych śniadań i obiadów w stanie Illinois
- ☐ Program bogatokalorycznych posiłków dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LIHEAP)

Informacje o Panu/Pani				
Imię i nazwisko		Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia
Adres domowy		Miasto	Stan	Kod pocztowy
Nr telefonu do domu	Nr telefonu komórkowego		E-mail	
Preferowana metoda kontaktu ☐ Poczta ☐ E-mail ☐ Telefon domowy ☐ Telefon komórkowy			☐ Jestem bezdomny(-na)	Roczny dochód gospodarstwa domowego
Stan cywilny ☐ Żonaty/zamężna ☐ Nieżonaty/niezamężna ☐ W separacji ☐ Rozwiedziony(-na)				
Liczba osób w gospodarstwie domowym (zgodnie z danymi podatkowymi):				
Status dotyczący zatrudnienia ☐ Zatrudniony(-na) ☐ Samozatrudniony(-na) ☐ Na emeryturze ☐ Niepełnosprawny(-na)			☐ Bezrobotny(-na) (dodać datę ostatniej pracy) _____	
Nazwa pracodawcy			Numer telefonu	
Adres pracodawcy		Miasto	Stan	Kod pocztowy
Nazwa planu ubezpieczenia zdrowotnego zaproponowanego przez pracodawcę, w tym COBRA				☐ Pracodawca nie oferuje ubezpieczenia zdrowotnego.

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta _____ Nr dok. medycznej (MRN) _____

Ochrona ubezpieczeniowa

Czy są Państwo objęci lub kwalifikują się do jakiejkolwiek polisy ubezpieczenia zdrowotnego, w tym do:

- międzynarodowych/podróżnych ubezpieczeń zdrowotnych;
- planów z giełdy ubezpieczeń zdrowotnych;
- Świadczeń dla weteranów;
- Medicaid;
- Medicare.

☐ Tak ☐ Nie**Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, proszę podać następujące informacje:**

Imię i nazwisko osoby, która kupiła plan (posiadacz polisy):	Ubezpieczyciel	Numer polisy
Imię i nazwisko osoby, która kupiła plan (posiadacz polisy):	Ubezpieczyciel	Numer polisy

Małżonek/małżonka, partner/partnerka, rodzic lub poręczyciel (jeśli dotyczy)

Rodzaj pokrewieństwa/związku

☐ Małżonek/małżonka ☐ Partner/partnerka ☐ Rodzic ☐ Poręczyciel ☐ Inna osoba _____

Imię i nazwisko	Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia
Status dotyczący zatrudnienia ☐ Bezrobotny(-na)		
☐ Zatrudniony(-na) ☐ Samozatrudniony(-na) ☐ Na emeryturze ☐ Niepełnosprawny(-na) (dodać datę ostatniej pracy _____)		
Nazwa pracodawcy	Numer telefonu	
Adres pracodawcy	Miasto	Stan
		Kod pocztowy
Nazwa planu ubezpieczenia zdrowotnego zaproponowanego przez pracodawcę, w tym COBRA		☐ Pracodawca nie oferuje ubezpieczenia zdrowotnego.

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta _____ Nr dok. medycznej (MRN) _____

Kwestionariusz	
1. Czy mieszkał(a) Pan/Pani w Illinois w momencie otrzymywania opieki medycznej?	☐ Tak ☐ Nie
2. Czy jest Pan/Pani obcokrajowcem (a nie obywatelem USA) mieszkającym w Illinois na podstawie wizej amerykańskiej? A. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, to jakiego rodzaju jest ta wiza? _____	☐ Tak ☐ Nie
3. Czy chce Pan/Pani uzyskać pomoc finansową za opiekę, którą otrzymał(a) Pan/Pani na naszym oddziale ratunkowym?	☐ Tak ☐ Nie
4. W przypadku rozwodu lub separacji: czy były małżonek/małżonka lub partner/partnerka jest odpowiedzialny(-na) finansowo za opiekę medyczną zgodnie z umową o rozwiązaniu małżeństwa lub separacji?	☐ Nie dotyczy ☐ Tak ☐ Nie
5. Czy świadczona nad Panem/Panią opieka była związana z? ☐ Wypadkiem ☐ Przystępstwem ☐ Urazem w miejscu pracy ☐ Innymi okolicznościami _____	
6. Czy zatrudnił(a) Pan/Pani prawnika lub dochodziśz roszczenia z tytułu urazu lub choroby? A. Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, prosimy podać: _____ Imię i nazwisko prawnika _____ Nr telefonu do prawnika	☐ Tak ☐ Nie
7. Czy ubiegał(a) się Pan/Pani już o udział w programie Medicaid? Możemy tego od Państwa wyma. ☐ Tak – czekam na zatwierdzenie ☐ Tak – nie kwalifikuje się ☐ Nie A. Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, zaznaczyć stosowne odpowiedzi: ☐ Nie mam ukończonych 19 lat. ☐ Mam 65 lat lub więcej. ☐ Jesteś niewidomy(-ma). ☐ Przyjmuję leki na cukrzycę, nadciśnienie lub padaczkę. ☐ Jestem niepełnosprawny(-na) zgodnie z ustaleniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration). ☐ Jestem w ciąży. ☐ Mieszkają ze mną dzieci w wieku poniżej 19 lat.	

AKTYWA	
1. Własność: Proszę podać informacje o własnych budynkach lub gruntach, które nie są Państwa głównym miejscem zamieszkania . A. Jaka jest wartość wszystkich budynków i gruntów pomniejszona o kwotę zadłużenia nieruchomości? USD \$ _____ ☐ Nie dotyczy I. Czy ta nieruchomość jest wykorzystywana do zarabiania pieniędzy? ☐ Tak ☐ Nie B. Jaka jest wartość gruntu (bez budynków) pomniejszona o kwotę zadłużenia nieruchomości? USD \$ _____ ☐ Nie dotyczy I. Czy ta nieruchomość jest wykorzystywana do zarabiania pieniędzy? ☐ Tak ☐ Nie	
2. Rachunki bankowe i inwestycje: Prosimy o podanie łącznej kwoty w każdej z poniższych pozycji. A. Rachunki bieżące, konta oszczędnościowe i rachunki kasy oszczędnościowo-pożyczkowej: USD \$ _____ ☐ Nie dotyczy B. Inne inwestycje, takie jak obligacje i akcje. Proszę nie uwzględniać żadnego rodzaju konta emerytalnego. USD \$ _____ ☐ Nie dotyczy	

Składając podpis, zgadzam się, że:

- będę ubiegać się o wszelką pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę się kwalifikować, aby pomóc w opłaceniu tego rachunku.
- Informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.
- Rozumiem, że NMHC może zachcieć potwierdzić te informacje.
- NMHC może skontaktować się ze stronami trzecimi w celu sprawdzenia informacji podanych w niniejszym wniosku.

Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje, jeżeli wniosek zawiera istotny błąd lub jeśli coś istotnego zostało pominięte:

- Nie będę kwalifikować się do pomocy finansowej.
- Jakakolwiek przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta.
- Będę odpowiedzialny(-na) za opłacenie rachunku.

Godzina _____ Data _____ Podpis wnioskodawcy _____

Godzina _____ Data _____

☐ Współmałżonek ☐ Partner(ka) ☐ Rodzic ☐ Poręczyciel (sprawdź jedno) Podpis (jeśli dotyczy) _____

Prosimy o odesłanie wypełnionego wniosku i wszelkich wspierających go dokumentów na adres:

Northwestern Memorial HealthCare

Attention: Financial Counseling

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

Nr tel.: 312.926.6906 lub 800.423.0523

Nr faksu: 312.694.0447

finapps@nm.org

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta _____ Nr dok. medycznej (MRN) _____

Wymagane dokumenty przemawiające za pomocą finansową

Wniosek zostanie opóźniony lub odrzucony, jeśli nie zostaną dołączone wszystkie wymagane dokumenty. Jeśli nie można dostarczyć wymaganego dokumentu, proszę wysłać pismo wyjaśniające, dlaczego tak się stało.

Wymagane dokumenty

- Kopia ostatniego federalnego zeznania podatkowego **oraz** formularza W-2 lub IRS 4506-T (Proszę poprosić o kopię/transkrypcję zeznania podatkowego).
- **Kopia ważnego, wydanego przez rząd dokumentu tożsamości ze zdjęciem**, takiego jak prawo jazdy lub paszport.
- Co najmniej **jeden** z tych dokumentów:
 - ☐ kopia ważnego dokumentu tożsamości ze zdjęciem lub prawa jazdy wydanego przez stan Illinois;
 - ☐ ostatni rachunek za media/usługi komunalnej z adresem w stanie Illinois;
 - ☐ kopia karty rejestracyjnej wyborcy w stanie Illinois;
 - ☐ korespondencja zaadresowana na Państwa aktualny adres od rządu lub innego wiarygodnego źródła;
 - ☐ list ze schroniska dla bezdomnych.
- Wszystkie dokumenty wymienione poniżej, które mają zastosowanie:
 - ☐ kopie dwóch ostatnich czeków lub odcinków wypłat dla bezrobotnych;
 - ☐ kopie dwóch ostatnich czeków lub odcinków wypłat od pracodawcy;
 - ☐ kopie dwóch ostatnich czeków lub odcinków rachunku od Zakładu Ubezpieczenia Społecznego (Social Security).
- Dwa ostatnie wyciągi ze wszystkich kont bieżących, oszczędnościowych i kas zapomogowo-pożyczkowych.
- Wypełniony i podpisany wniosek.

Inne dokumenty

- Jeśli nie złożyli Państwo zeznania podatkowego za ubiegły rok **lub** jeśli Państwa dochód z alimentów, działalności gospodarczej, emerytury lub renty będzie inny niż w ubiegłym roku, proszę przedstawić wymienione poniżej dokumenty niepłatowe, które Państwa dotyczą.
 - ☐ Oświadczenie o dochodach z tytułu alimentów
 - ☐ Oświadczenie o dochodach z działalności gospodarczej
 - ☐ Oświadczenie o dochodach z emerytury lub renty
- Jeśli jest Pan/Pani w związku małżeńskim lub cywilnym, proszę przedstawić poniższe dokumenty dotyczące współmałżonka/współmałżonki lub partnera/partnerki.
 - ☐ Dowód dochodu i dochodu niepłatowego (jak opisano powyżej)
 - ☐ Federalne zeznanie podatkowe
 - ☐ Formularz W-2 IRS Form 4506-T (proszę poprosić o kopię/transkrypcję zeznania podatkowego)
 - ☐ Najnowszy wyciąg ze wszystkich kont bieżących, oszczędnościowych i kas zapomogowo-pożyczkowych.
- Jeśli jest Pan/Pani obcokrajowcem (a nie obywatelem USA):
 - ☐ Proszę przesać kopię paszportu i wizy amerykańskiej.