

Formularz wniosku o pomoc finansową

Ważne: Możesz otrzymać bezpłatną opiekę medyczną lub zniżkę na opiekę medyczną: Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże AdventHealth określić, czy możesz otrzymać usługi bezpłatne lub po obniżonych cenach lub skorzystać z innych programów publicznych, które mogą pomóc w opłaceniu kosztów opieki zdrowotnej. Wniosek prosimy przesłać na adres podany w liście przewodnim.

W przypadku osób nieubezpieczonych numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany, aby zakwalifikować się do bezpłatnej opieki zdrowotnej lub opieki zdrowotnej w obniżonej cenie.

Niektóre programy publiczne, w tym Medicaid, wymagają jednak numeru ubezpieczenia społecznego. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże AdventHealth ustalić, czy kwalifikujesz się do programów publicznych. W przypadku pytań aplikacyjnych oznaczonych jako „opcjonalne” Twoja odpowiedź (lub brak odpowiedzi) nie będzie mieć żadnego wpływu na wynik rozpatrzenia aplikacji.

Niniejszy formularz należy wypełnić i przekazać AdventHealth osobiście, przesłać pocztą, w wiadomości e-mail lub faksem, aby ubiegać się o bezpłatną opiekę zdrowotną lub opiekę zdrowotną w obniżonej cenie możliwie jak najszybciej po dacie otrzymania usługi. Wnioski przyjmujemy przez okres do 240 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku za opiekę zdrowotną. Przesyłając niniejszy wniosek, potwierdzasz, że dołożyłeś(-aś) w dobrej wierze wszelkich starań w celu dostarczenia wszystkich informacji wymaganych we wniosku, aby pomóc AdventHealth w ustaleniu, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących procesu aplikacyjnego można skontaktować się z działem doradztwa finansowego AdventHealth pod numerem 800-462-0490.

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu składania wniosku o zniżkę dla nieubezpieczonego pacjenta lub procesu udzielania pomocy finansowej szpitala można składać do Biura ds. Opieki Zdrowotnej (Health Care Bureau) Prokuratora Generalnego stanu Illinois (Illinois Attorney General). Bezpłatna infolinia Biura ds. Opieki Zdrowotnej: 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informacje dotyczące pacjenta

(Należy wypełnić drukowanymi literami i uzupełnić wszystkie pola. Jeśli pozycja nie ma zastosowania, należy wskazać „Nie dotyczy” w każdym danym pojedynczym wierszu wniosku).

Data: _____ Numer konta: _____

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Stan cywilny: _____ Numer telefonu: _____

Opcjonalne — Tożsamość płciowa — Czy uważasz się za: mężczyznę kobietę trans-mężczyznę / transseksualnego mężczyznę / osobę transpłciową o typie M/K (FTM)

trans-kobietę / transseksualną kobietę / osobę transpłciową o typie M/K (MTF) osobę niebinarną / nonkonformizm płciowy ani wyłącznie mężczyznę, ani kobietę

Dodatkowa kategoria płci (lub inna płeć)

Opcjonalne: Tożsamość płciowa: Jaka płeć była pierwotnie wpisana w Twoim akcie urodzenia? Mężczyzna Kobieta

Opcjonalne: Rasa: Biała Czarna lub Afroamerykanin Indianin lub rdzenny mieszkaniec Alaski Osoba pochodzenia hinduskiego Chińczyk Filipińczyk Japończyk Koreańczyk Wietnamczyk Inne pochodzenie azjatyckie Rdzenny Hawajczyk Mieszkaniec wyspy Guam lub Czamorro Samończyk Inny mieszkaniec wysp Pacyfiku

Opcjonalne: Pochodzenie etniczne: Pochodzenie latynoskie lub hiszpańskie Meksykanin, Amerykanin pochodzenia meksykańskiego Portorykańczyk Kubańczyk Inne pochodzenie latynoskie lub hiszpańskie

Opcjonalne: Język: Czy w domu posługujesz się innym językiem niż angielskim? Tak Nie
Jeśli tak, jaki to język?

Opcjonalne: Preferowany język: Angielski Hiszpański Polski Inny: _____

Adres pocztowy: _____ Miasto: _____
Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Opcjonalne: Numer ubezpieczenia społecznego: _____

Pracodawca: _____

Status zatrudnienia: _____

Numer telefonu pracodawcy: _____

Informacje dotyczące Osoby kontaktowej / Opiekuna prawnego

(Jeśli wyżej wymieniony pacjent jest tą samą osobą kontaktową, należy pozostawić tę sekcję pustą).

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Stan cywilny: _____ Numer telefonu: _____

Adres pocztowy: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalne): _____

Pracodawca: _____ Status zatrudnienia: _____

Informacje dotyczące współmałżonka Osoby kontaktowej

(Jeśli pacjent jest tą samą osobą kontaktową, należy wpisać dane współmałżonka pacjenta).

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Stan cywilny: _____ Numer telefonu: _____

Adres pocztowy: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalne): _____

Pracodawca: _____ Status zatrudnienia: _____

Numer telefonu pracodawcy: _____

Osoby na utrzymaniu Osoby kontaktowej

(Jeśli pacjent jest tą samą osobą kontaktową, należy wpisać dane współmałżonka pacjenta).

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Relacja z Osobą kontaktową: _____

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Relacja z Osobą kontaktową: _____

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Relacja z Osobą kontaktową: _____

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Relacja z Osobą kontaktową: _____

Liczba osób dorosłych i dzieci zamieszkujących gospodarstwo domowe: _____

Miesięczny dochód

(Należy wpisać kwoty w dolarach dla każdej pozycji wymienionej poniżej. Prosimy podać kwotę na miesiąc dla każdej osoby).

Dochody wnioskodawcy:

Dochód współmałżonka wnioskodawcy:

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego:

Dochód z emerytury:

Dochód z tytułu niepełnosprawności:

Zasiłek dla bezrobotnych:

Wynagrodzenie za pracę:

Dochód z odsetek/dywidend:

Otrzymane alimenty dla dziecka: _____

Otrzymane alimenty: _____

Dochody z wynajmu nieruchomości: _____

Bony żywnościowe: _____

Otrzymany przydział z funduszu powierniczego:

Inne dochody: _____

Całkowity miesięczny dochód brutto: _____ USD

Miesięczne wydatki na życie

Pacjenci, którzy przypuszczalnie kwalifikują się do pomocy finansowej zgodnie z opisem w Polityce pomocy finansowej AdventHealth, nie muszą wypełniać tej sekcji.

Kredyt hipoteczny / czynsz:

Media:

Telefon (stacjonarny):

Telefon komórkowy:

Artykuły spożywcze / żywność:

Telewizja kablowa/internetowa/satelitarna:

Opłaty za samochód:

Opieka nad dzieckiem: _____

Aktywa

Alimenty na dziecko / alimenty: _____

Karty kredytowe: _____

Rachunki za opiekę lekarską /
leczenie szpitalne: _____

Ubezpieczenie samochodu: _____

Konta gotówkowe/oszczędnościowe/rozliczeniowe: _____

Akcje / obligacje / inwestycje / certyfikaty depozytowe: _____

Inna nieruchomość / drugie miejsce zamieszkania: _____

Łódź / kamper / motocykl / samochód turystyczny: _____

Samochody kolekcjonerskie / samochody inne niż niezbędne: _____

Konto oszczędnościowe / elastyczne konto płatnicze przeznaczone na opiekę zdrowotną: _____

Ubezpieczenie domu/nieruchomości: _____

Ubezpieczenie medyczne/zdrowotne: _____

Ubezpieczenie na życie: _____

Inne miesięczne wydatki: _____

Całkowite miesięczne wydatki: _____ **USD**

Upoważniam AdventHealth do uzyskiwania informacji od zewnętrznych agencji sporządzających raporty kredytowe. Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i prawidłowe. Złożę wniosek o jakąkolwiek pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę być uprawniony(-a), aby pomóc w opłaceniu rachunków za opiekę medyczną. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez ADVENTHEALTH, i upoważniam AdventHealth do kontaktowania się ze stronami trzecimi w celu sprawdzenia prawidłowości informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje we wniosku, nie będę kwalifikować się do pomocy finansowej, wszelka przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę ponosić odpowiedzialność za opłacenie rachunków.

Podpis wnioskodawcy: _____

Data: _____

Uwagi: _____

List polecający

Numer dokumentacji medycznej pacjenta lub numer konta: _____

Imię i nazwisko osoby polecającej: _____

Relacja z pacjentem lub wnioskodawcą: _____

Adres osoby polecającej: _____

Do AdventHealth: _____

Niniejszy list ma na celu poinformować, że (imię i nazwisko pacjenta): uzyskuje niewielkie dochody lub nie ma ich wcale, a ja pomagam tej osobie w pokrywaniu kosztów utrzymania. Osoba ta nie ma wobec mnie żadnych zobowiązań.

Podpisując niniejsze oświadczenie, potwierdzam, że podane informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis osoby polecającej: _____

Data: _____

Drogi Pacjencie lub Wnioskodawco,

AdventHealth kieruje się współczuciem i zapewnia spersonalizowaną opiekę wszystkim — zwłaszcza osobom najbardziej potrzebującym. Naszą misją i przywilejem jest oferowanie pomocy finansowej naszym pacjentom. Pomoc finansowa jest dostępna wyłącznie w nagłych przypadkach i w ramach innej opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia. Dziękujemy za powierzenie nam opieki nad Tobą i Twoją rodziną w zakresie Twoich potrzeb zdrowotnych.

Przesyłamy niniejszy list i załączony wniosek o pomoc finansową, ponieważ otrzymaliśmy Twoją prośbę. Prosimy zignorować niniejszą wiadomość, jeśli to nie Ty jesteś osobą wnioskującą o pomoc. Przed odesłaniem wniosku prosimy o wypełnienie obu stron, włączając Twój podpis i datę. Jeśli wniosek został wypełniony w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i pomoc finansowa została przyznana, powiadom nas o tym fakcie. Wypełnianie nowego wniosku może nie być konieczne. Nie będziemy rozpatrywać wcześniejszych wniosków starszych niż sześć miesięcy.

Wraz z wnioskiem prosimy o dołączenie kopii co najmniej jednego z poniższych dokumentów jako zaświadczenia o dochodach. Jeśli jesteś w związku małżeńskim lub mieszkasz z partnerem(-ką) od co najmniej sześciu miesięcy, przed rozpatrzeniem wniosku osoba ta będzie również musiała przedstawić kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów jako zaświadczenia o dochodach.

- Kopie trzech ostatnich odcinków wypłat od pracodawcy
- Kopie ostatniego rocznego zeznania podatkowego (jeśli prowadzisz działalność na własny rachunek, dołącz wszystkie rozliczenia)
- Ubezpieczenie społeczne i/lub zaświadczenie o przyznaniu emerytury
- Ostatnie roczne zeznanie podatkowe Rodzica lub Opiekuna prawnego, jeśli wnioskodawca jest osobą pozostającą na utrzymaniu wymienioną w formularzu podatkowym i ma mniej niż 25 lat
- Inne dokumenty potwierdzające dochód
- Kopie wyciągów bankowych z ostatnich trzech miesięcy
- Kopia otrzymania zasiłku dla bezrobotnych

Jeśli otrzymujesz pomoc od rodziny lub przyjaciół lub mieszkasz z rodziną lub przyjaciółmi, poproś ich o wypełnienie załączonego formularza „List polecający”. Nie spowoduje to zobowiązania ich do pokrycia Twoich rachunków za opiekę medyczną. Formularz ten pomoże we wskazaniu, w jaki sposób możesz pokrywać koszty utrzymania. Jeśli nie otrzymujesz pomocy od rodziny ani przyjaciół, nie musisz wypełniać Listu polecającego.

Wreszcie, prosimy również o dostarczenie dokumentacji potwierdzającej zaległe miesięczne koszty opieki medycznej i leków.

Aby wniosek został rozpatrzony, należy dostarczyć go wraz z zaświadczeniem o dochodach. Nie jesteśmy w stanie przetworzyć ani rozpatrywać wniosków niekompletnych.

Należy pamiętać, że komunikacja za pośrednictwem poczty elektronicznej przez Internet nie jest chroniona. Chociaż jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zawarte

w wiadomości e-mail mogą zostać przechwycone i przeczytane przez osoby inne niż ta, do której jest ona adresowana.

Chcemy chronić Twoje dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Ponieważ wniosek zawiera numer ubezpieczenia społecznego i inne informacje prywatne, zalecamy powstrzymanie się od wysyłania go pocztą elektroniczną.

Prosimy o wydrukowanie i wysłanie wypełnionego wniosku na adres:

AdventHealth
Attn: Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących niniejszego wniosku prosimy o kontakt telefoniczny z jednym z naszych doradców finansowych pod numerem 800-462-0490.

Z poważaniem

Dział AdventHealth ds. usług finansowych dla pacjentów