

Obrazac prijave za finansijsku pomoć

Važno: MOŽDA MOŽETE DOBITI BESPLATNU NJEGU ILI PO NIŽOJ CIJENI: Popunjavanje ovog obrasca pomoći će Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnice Ascension Illinois da utvrdi možete li dobiti usluge besplatno ili po sniženoj cijeni ili druge javne programe koji vam mogu pomoći da plaćate svoju zdravstvenu njegu. Pošaljite ovu prijavu na adresu navedenu u prapratnom pismu.

AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE OBAVEZAN DA BISTE SE KVALIFICIRALI ZA BESPLATNU ILI NJEGU PO NIŽOJ CIJENI. Međutim, broj socijalnog osiguranja je obavezan za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije obavezno, ali može pomoći Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnicama Ascension Illinois da utvrde da li ste kvalificirani za neke javne programe. Kod svih pitanja u prijavi koja su označena kao „opciona“, vaš odgovor (ili nedavanje odgovora) neće imati nikakav uticaj na ishod prijave.

Popunite ovaj obrazac i dostavite ga Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnicama Ascension Illinois osobno, poštom, elektronskom poštom ili faksom da biste se prijavili za besplatnu ili njegu po nižoj cijeni što je prije moguće nakon datuma uručenja. Prihvaćemo vašu prijavu u roku od 240 dana nakon prvog izvoda obračuna za vašu njegu. Slanjem ove prijave potvrđujete da ste se u dobroj vjeri potrudili navesti sve informacije u prijavi kako biste Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnicama Ascension Illinois pomogli da utvrde da li pacijent ispunjava uvjete za finansijsku pomoć. Ako imate bilo kakva pitanja o postupku prijave, pitanja ili nedoumice možete uputiti odjelu Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnicama Ascension Illinois za finansijsko savjetovanje na 833-272-7581.

Prigovori ili nedoumice kod postupka prijave neosiguranog pacijenta za popust ili postupak u vezi s finansijskom pomoći bolnice mogu se uputiti Uredu za zdravstvenu njegu državnog pravobranioca Illinois. I Broj besplatne otvorene linije Ureda za zdravstvenu njegu je 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informacije o pacijentu

(Pišite štampanim slovima, a moraju se popuniti sva polja. Unesite N/A u pojedinačnom redu prijave ako traženi podatak nije primjenljiv)

Datum _____ Broj računa _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračno stanje _____ Broj telefona _____

Opciono - Polni identitet – Da li sebe smatrate za: Muškarac Žena Transrodnog muškarca/trans muškarca/žena- muškarac (FTM)

Transrodna žena/transžena/muškarac koji je postao žena Nebinarna osoba/osoba koja se ne uklapa u polne okvire, ni muškarac ni žena

Dodatna polna kategorija (ili drugo)

Opciono - Polni identitet: Koji je pol bio prvobitno naveden na vašem izvodu iz knjige rođenih? : Muški Ženski

Opciono - Rasa: Bijela Crna ili afro-američka američka indijanska ili domorodačka sa Aljaske azijska indijska kineska filipinska japanska korejska vijetnamska druga azijska domorodačka havajska gvamska ili Čamoro samoanska drugi pacifički ostrvljanin

Opciono – Etnička pripadnost: Hispansko, latino ili špansko porijeklo Meksičko, meksikoameričko, čikano Portorikansko

Kubansko Drugo hispansko, latino ili špansko porijeklo

Opciono – Jezik - Da li kod kuće govorite neki dugi jezik koji nije engleski?: Da Ne

Ako govorite, koji je to jezik?: _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Opciono - Broj socijalnog osiguranja _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Broj telefona poslodavca _____

Informacije o odgovornom licu/zakonskom staratelju

(Ako su gore navedeni pacijent i odgovorno lice ista osoba, ostavite ovaj odjeljak prazan.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračno stanje _____ Broj telefona _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Informacije o bračnom drugu odgovornog lica

(Ako su pacijent i odgovorno lice ista osoba, unesite ime pacijentovog bračnog druga.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračno stanje _____ Broj telefona _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ radni status _____

Broj telefona poslodavca _____

Izdržavane osobe odgovornog lica

(Ako su pacijent i odgovorno lice ista osoba, unesite ime pacijentovog bračnog druga.)

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Broj odraslih osoba i djece u domaćinstvu _____

Mjesečni prihod

(Unesite iznos u dolarima za svaku niže navedenu stavku. Za svaku stavku unesite mjesečni iznos.)

Zarađeni	prihod	podnosioca	prijave	Naknada	za	radnike
Prihod	bračnog	druga	podnosioca	Prihod	od	kamate/dividende
Beneficije		socijalnog	osiguranja	Primljeno za izdržavanje djece		
				Primljena alimentacija		
Prihod		od	penzije	Prihod od izdavanja imovine		
				Bonovi za hranu		
Invalidski			prihod	Primljeno iz povjereničkog fonda		
				Drugi prihod		
Naknada		za	nezaposlenost	Ukupan mjesečni bruto prihod		

Mjesečni troškovi života

Pacijenti za koje se pretpostavlja da ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć kao što je opisano u Politici finansijske pomoći organizacije Ascension Illinois ne moraju popunjavati ovaj odjeljak.

Hipoteka/najam _____

Računi _____

Telefon (fiksni) _____

Mobilni telefon _____

Namirnice/hrana _____

Kablovska/internet/satelitska TV _____

Uplate za automobil _____

Čuvanje djece _____

Izdržavanje djece/alimentacija _____

Kreditne kartice _____

Računi za ljekara/bolnicu _____

Osiguranje za automobile _____

Osiguranje kuće/imovine _____

Medicinsko/zdravstveno osiguranje _____

Životno osiguranje _____

Drugi mjesečni trošak _____

Ukupni mjesečni troškovi _____

Kapital

Gotovinski/štedni/tekući računi _____

Akcije/obveznice/investicije/depozitna potvrda(e) _____

Druga nepokretna imovina/sekundarno prebivalište _____

Čamac/kamper/motocikl/rekreativno vozilo _____

Kolekcionarski automobili/automobili koji nisu neophodni _____

Vozilo nabavljeno iz zdravstvene štednje/sa računa za fleksibilnu potrošnju _____

Dajem ovlaštenje Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnicama Ascension Illinois za dobijanje informacija od vanjskih agencija za izvještaje o kreditnoj sposobnosti. Potvrđujem da su informacije navedene u ovoj prijavi tačne i istinite prema mom najboljem znanju. Prijaviću se za svaku državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju mogu ispunjavati uvjete kako bih lakše plaćao/la svoje račune za zdravstvenu zaštitu. Razumijem da ove navedene informacije mogu biti provjerene od strane Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnica Ascension Illinois, i dajem ovlaštenje Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnicama Ascension Illinois da kontaktiraju treće strane kako bi potvrdile tačnost informacija navedenih u ovoj prijavi. Razumijem da, ako u ovoj prijavi svjesno navedem netačne informacije, neću ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć, kao i da se svaka finansijska pomoć koja mi je odobrena može povući, te da ću tada ja biti odgovoran(a) za plaćanje računa.

Potpis podnosioca prijave _____

Datum _____

Komentari _____

Pismo podrške

Broj zdravstvenog kartona pacijenta/broj računa _____

Ime i prezime davaoca podrške _____

Odnos sa pacijentom/podnosiocem prijave _____

Adresa davaoca podrške _____

Za Ascension Illinois:

Ovim pismom obavještavam da (ime pacijenta) _____ prima mali ili nikakav prihod i da mu/joj pomažem u plaćanju troškova života. On/ona nema nikakvu obavezu prema meni.

Potpisivanjem ove izjave potvrđujem da su navedene informacije tačne prema mom najboljem znanju.

Potpis izdržavatelja _____

Datum _____

Poštovani pacijentu/podnositelju prijave,

Alexian Brothers Health System, d/b/a, podružnice Ascension Illinois se vode saosjećanjem i posvećene su obezbjeđivanju personalizirane njege za sve—pogotovo za one kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija da našim pacijentima ponudimo finansijsku pomoć. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitnu i na drugi način medicinski neophodnu njegu. Hvala vam što ste nam ukazali povjerenje da se brinemo za vas i vašu porodicu za vaše potrebe zdravstvene njege.

Šaljemo vam ovo pismo i priloženu prijavu za finansijsku pomoć zbog toga što smo dobili Vaš zahtjev. Ako niste tražili ovo, zanemarite ovo pismo. Popunite obje strane, potpišite i datirajte prije nego što prijavu pošaljete natrag. Ako ste u periodu od prethodnih šest mjeseci popunili prijavu i odobrena vam je finansijska pomoć, obavijestite nas. Možda nećete morati popunjavati novu prijavu. Nećemo razmatrati prethodnu prijavu koja je starija od šest mjeseci.

Uz prijavu priložite kopiju barem jedne od sljedećih stavki kao dokaz o vašem prihodu. Ako ste u braku ili ste živjeli sa nekim ko vam je važan 6 mjeseci ili duže, i ta osoba treba poslati kopiju barem jedne od sljedećih stavki kao dokaz o svom prihodu da bismo mogli obraditi prijavu.

- Kopije 3 posljednja platna listića od poslodavca
- Kopije posljednje godišnje poreske prijave (ako ste samozaposleni, priložite sve liste)
- Pismo o socijalnom osiguranju ili dodjeli penzije
- Najnovija godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja ako je podnosilac prijave izdržavano lice navedeno na poreskom obrascu roditelja ili staratelja i mlađe od 25 godina
- Drugi dokumenti za potvrdu prihoda
- Kopija izvoda iz banke iz posljednja 3 mjeseca
- Kopije priznanica o isplati naknade za nezaposlenost

Ako vam pomažu porodica ili prijatelji ili živite u kući sa njima, neka oni popune priloženi obrazac sa naslovom „Pismo podrške“. Na taj način, oni neće prihvatiti odgovornost za vaše račune za zdravstvenu zaštitu. To će nam pokazati kako uspijevate izaći na kraj s troškovima života. Ako ne dobijate pomoć od porodice ili prijatelja, ne trebate popunjavati naš obrazac „Pismo podrške“.

Na kraju, priložite i dokumentaciju koja dokazuje vaše zaostale mjesečne troškove za zdravstvenu zaštitu i lijekove.

Imajte u vidu da se prijava može uzeti u razmatranje samo uz primljenu popunjenu prijavu uz dokaz o prihodu. Nepotpune prijave ne možemo obrađivati niti razmatrati.

Imajte u vidu da komunikacija putem e-pošte preko interneta nije bezbjedna. Iako nije vjerovatno, postoji mogućnost da informacije koje navedete u e-pošti presretnu i pročitaju druga lica a ne samo osoba kojoj su upućene.

Želimo zaštititi vaše osobne informacije i postarati se da one ostanu bezbjedne. Kako prijava sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, savjetujemo vam da je ne šaljete e-poštom.

Odšampajte popunjenu prijavu i pošaljite je poštom na sljedeću adresu:

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

Ako imate pitanja u vezi sa ovom prijavom, pozovite jednog od naših predstavnika za pacijente na 833-272-7581.

Srdačno,

Finansijske usluge za pacijente
Ascension Illinois