

Obrazac prijave za financijsku pomoć

Važno! MOŽDA MOŽETE PRIMITI BESPLATNU SKRB ILI SKRB S POPUSTOM: Popunjavanje ove prijave pomoći će podružnicama tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois da utvrde možete li dobiti besplatne usluge ili usluge s popustom ili druge javne programe koji vam mogu pomoći u plaćanju zdravstvene skrbi. Ovu prijavu pošaljite na adresu navedenu na popratnom dopisu.

AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE POTREBAN DA OSTVARITE PRAVO NA BESPLATNU SKRB ILI SKRB S POPUSTOM. Međutim, broj socijalnog osiguranja potreban je za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije potrebno ali pomoći će podružnicama tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois da utvrde imate li pravo na neke javne programe. Odgovaranje (ili neodgovaranje) na pitanja iz prijave označena kao „opcijnska“ neće utjecati na ishod prijave.

Popunite i pošaljite ovaj obrazac osobno, poštom, e-poštom ili telefaksom podružnicama tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois kako biste se prijavili za besplatnu skrb ili skrb s popustom što je prije moguće nakon datuma usluge. Vašu ćemo prijavu prihvatiti do 240 dana nakon prve fakture za vašu skrb. Podnošenjem ove prijave potvrđujete da ste se u dobroj vjeri potrudili pružiti sve informacije tražene u prijavi kako biste podružnicama tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois pomogli utvrditi ima li pacijent pravo na financijsku pomoć. Ako imate pitanja ili nedoumica u vezi s postupkom prijave, možete se obratiti odjelu za financijsko savjetovanje podružnica tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois na broj telefona 833-272-7581.

Pritužbe ili nedoumice koje se odnose na postupak prijave za dobivanje popusta za neosigurane pacijente ili postupak pružanja financijske pomoći za bolnicu mogu se prijaviti Uredu za zdravstvenu skrb državnog odvjetnika Illinois. Besplatna telefonska linija Ureda za zdravstvenu skrb je 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informacije o pacijentu

(Molimo ispišite i obvezno popunite sva polja. Ako nije primjenjivo na bilo koji pojedinačni redak u prijavi, navedite N/P.)

Datum _____ Broj računa _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Opcijski - Rodni identitet – Smatrate sebe kao: muško žensko transrodni muškarac/transmuškarac/od žene do muškarca (FTM)
 transrodna žena/transžena/od muškarca do žene (MTF) rodno nebinarna osoba/osoba koja se rodno identificira van društveno određenih kategorija muškog i ženskog identiteta dodatna rodna kategorija (ili ostalo)

Opcijski - Rodni identitet: Koji je spol izvorno naveden u vašem rodnom listu? : muško žensko

Opcijski - Rasa: Bijelac Crnac ili Afroamerikanac Američki Indijanac ili domorodac Aljaske Azijac Kinez Filipinac Japanac Korejac Vijetnamac Drugi Azijac Domorodac Havaja Guamanac ili Chamorro Samoanac Drugi stanovnik pacifičkih otoka

Opcijski – Etnička pripadnost: Hispanoameričko, latinoameričko ili španjolsko podrijetlo Meksičko, meksičko-američko, čikansko/a
 Portorikansko podrijetlo Kubanac Drugo hispanoameričko, latinoameričko ili španjolsko podrijetlo

Opcijski – Jezik - Govorite li kod kuće neki drugi jezik osim engleskog?: Da Ne

Ako je odgovor da, koji jezik?: _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Opcijski - Broj socijalnog osiguranja _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Broj telefona poslodavca _____

Podaci odgovorne strane/zakonskog skrbnika

(Ako je navedeni pacijent isti kao odgovorna strana, ovaj odjeljak ostavite praznim.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (opcijski) _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Informacije o supružniku odgovorne strane

(Ako je navedeni pacijent isti kao odgovorna strana, popunite podatke o supružniku za pacijenta.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (opcijski) _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Broj telefona poslodavca _____

Uzdržavanci odgovorne strane

(Ako je navedeni pacijent isti kao odgovorna strana, popunite podatke o supružniku za pacijenta.)

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Broj odraslih osoba i djece koji žive u kućanstvu _____

Mjesečni prihod

(Navedite iznose u dolarima za svaku stavku navedenu u nastavku. Navedite mjesečni iznos za svaku.)

Zarađeni prihod podnositelja prijave _____
Prihod supružnika podnositelja prijave _____
Naknade socijalnog osiguranja _____
Prihod od imovine _____
Prihod od invalidnine _____
Naknada za nezaposlene _____
Kompenzacija radnika _____
Prihod od kamata/dividenda _____

Dobiveni doplatk za djecu _____
Dobivena alimentacija _____
Prihod od najma imovine _____
Bonovi za hranu _____
Dobivena raspodjela sredstava zaklade _____
Ostali prihodi _____
Ukupni bruto mjesečni prihod _____

Mjesečni životni troškovi

Pacijenti za koje se pretpostavlja da ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć prema Pravilniku o financijskoj pomoći tvrtke Ascension Illinois ne moraju ispuniti ovaj odjeljak.

Hipoteka/najam _____
Komunalije _____
Telefon (fiksni) _____
Mobilni telefon _____
Namirnice/hrana _____
Kabelska/internet/satelitska TV _____
Plaćanje automobila _____
Briga o djeci _____

Doplatk za djecu/alimentacija _____
Kreditne kartice _____
Liječnički/bolnički računi _____
Osiguranje za automobil _____
Osiguranje doma/imovine _____
Medicinsko/zdravstveno osiguranje _____
Životno osiguranje _____
Ostali mjesečni troškovi _____
Ukupni mjesečni troškovi _____

Imovina

Gotovina/štednja/tekući računi _____
Dionice/obveznice/investicije/CD(ovi) _____
Ostale nekretnine/sekundarno mjesto stanovanja _____
Brod/kamper/motocikl/rekreacijsko vozilo _____
Kolekcionarski automobili/automobili koji nisu za svakodnevnu uporabu _____
Zdravstvena štednja/fleksibilni račun za potrošnju _____

Ovlašćujem podružnice tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois za dobivanje informacija od vanjskih agencija za kreditno izvješćivanje. Potvrđujem da su podaci u ovoj prijavi istiniti i točni prema mom najboljem znanju i uvjerenju. Podnijet ću zahtjev za bilo kakvu državnu, federalnu ili lokalnu pomoć na koju mogu imati pravo da platim svoje medicinske račune. Razumijem da navedene podatke mogu provjeriti podružnice tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois, i ovlašćujem podružnice tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois da kontaktiraju treće strane kako bi provjerile točnost podataka navedenih u ovoj prijavi. Razumijem da ako svjesno dam neistinite podatke u ovoj prijavi, neću imati pravo na financijsku pomoć, da svaka financijska pomoć koja mi je dodijeljena može biti opozvana i da ću biti odgovoran/odgovorna za plaćanje faktura(a).

Potpis podnositelja prijave _____

Datum _____

Komentari

Pismo podrške

Broj zdravstvenog kartona pacijenta/broj računa _____

Ime i prezime podupiratelja _____

Odnos s pacijentom / podnositeljem prijave _____

Adresa podupiratelja _____

Za tvrtku Ascension Illinois:

Ovim vas dopisom obavještavam da (ime i prezime pacijenta) _____ ima mali ili nikakav prihod, a ja mu/joj pomažem oko životnih troškova. On/ona/oni ima/ju malo ili nimalo obaveza prema meni.

Svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti prema mom najboljem znanju i uvjerenju.

Potpis podupiratelja _____

Datum _____

Poštovani pacijenti/podnositelji prijave,

Podružnice tvrtke Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois, vođene su suosjećanjem i posvećene su pružanju personalizirane skrbi svima, posebno onima kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija pružiti financijsku pomoć našim pacijentima. Financijska pomoć dostupna je samo za hitnu i drugu medicinsku potrebnu skrb. Zahvaljujemo na ukazanom povjerenju da se brinemo o zdravstvenim potrebama za vas i vašu obitelj.

Šaljemo vam ovaj dopis i priloženu prijavu za financijsku pomoć jer smo primili vaš zahtjev. Ako niste podnijeli zahtjev, zanemarite to. Popunite obje stranice uključujući svoj potpis i datum prije nego vratite prijavu. Ako ste popunili prijavu u posljednjih šest mjeseci i odobrena vam je financijska pomoć, molimo da nas obavijestite. Možda nećete morati popunjavati novu prijavu. Prethodnu prijavu stariju od šest mjeseci nećemo razmatrati.

Uz svoju prijavu priložite presliku barem jednog od sljedećih dokumenata kao dokaz prihoda. Ako ste u braku ili živite s nekim drugim najmanje 6 mjeseci, ta osoba također mora dostaviti presliku barem jednog od sljedećih dokumenata kao dokaz prihoda prije nego što se prijava može obraditi.

- Preslike zadnje 3 platne liste poslodavca
- Preslike zadnje godišnje porezne prijave (ako ste samozaposleni, priložite sve porezne prijave)
- Potvrda iz socijalnog i/ili mirovinskog osiguranja
- Najnovija godišnja porezna prijava od roditelja ili skrbnika ako je podnositelj zahtjeva naveden kao uzdržavana osoba u njihovoj poreznoj prijavi i mlađi je od 25 godina
- Ostali dokumenti koji potvrđuju prihod
- Preslike bankovnih izvoda za zadnja 3 mjeseca
- Preslika potvrde o primanju naknade za nezaposlene

Ako vas podržava obitelj ili prijatelji ili živite s obitelji ili prijateljima, zamolite ih da ispune priloženi obrazac „Pismo podrške“. To ih neće učiniti odgovornima za vaše medicinske račune. To će pokazati kako si možete priuštiti troškove života. Ako ne primete podršku od obitelji i prijatelja, ne morate ispuniti obrazac Pismo podrške.

Molimo dostavite i dokumentaciju kao dokaz vaših nepodmirenih mjesečnih troškova liječenja I ljekarne/lijekova.

Napominjemo da popunjena prijava mora biti zaprimljena zajedno s dokazom o prihodima kako bi se mogla razmatrati. Nepotpune prijave ne možemo obrađivati niti razmatrati.

Napominjemo da komunikacija e-poštom putem interneta nije sigurna. Iako je malo vjerojatno, postoji mogućnost da informacije koje navedete u e-pošti mogu presresti i pročitati strane koje nisu osobe na koje su upućene.

Želimo zaštititi vaše osobne podatke i osigurati njihovu sigurnost. Budući da prijava sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, savjetujemo vam da je ne šaljete e-poštom.

Ispišite popunjenu prijavu i pošaljite je na sljedeću adresu:

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

Ako imate pitanja o ovoj aplikaciji, obratite se jednom od naših predstavnika za pacijente na broj telefona 833-272-7581.

S poštovanjem,

Ured finansijskih usluga za pacijente
Ascension Illinois