

# Pomoc finansowa

## formularz wniosku

**Ważne:** MOŻE PRZYSŁUGIWAĆ PAŃSTWU OPIEKA BEZPŁATNA LUB ULGI W OPŁATACH: Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże ustalić Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, czy mogą Państwo korzystać z takiej pomocy lub innych programów publicznych, które pozwalają opłacić opiekę medyczną. Wniosek należy wysłać na adres umieszczony w piśmie przewodnim.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY W PRZYPADKU OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH, KTÓRE CHCĄ STARAĆ SIĘ O DARMOWĄ OPIEKĘ LUB ULGĘ W OPŁATACH. Numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, takich jak Medicaid. Nie trzeba go podawać, jednak pomoże on organizacji Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates określić, czy kwalifikują się Państwo do jakichkolwiek programów publicznych. W przypadku pytań opcjonalnych we wniosku Państwa odpowiedź (lub jej brak) nie będzie mieć wpływu na końcową decyzję.

Należy uzupełnić niniejszy wniosek i złożyć go w placówce Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates osobiście lub przesać pocztą tradycyjną, elektroniczną lub faksem, aby ubiegać się o opiekę bezpłatną lub ulgę w opłatach tak szybko, jak to możliwe po dacie skorzystania z usługi. Przyjmujemy Państwa wniosek w nieprzekraczalnym terminie do 240 dni po wystawieniu pierwszego rachunku za Państwa opiekę. Składając wniosek, potwierdzają Państwo, że starali się w dobrej wierze zapewnić wszystkie informacje wymagane do wypełnienia wniosku, pozwalające organizacji Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates określić, czy kwalifikują się Państwo do otrzymania pomocy finansowej. W przypadku pytań i wątpliwości związanych ze składaniem wniosku można skontaktować się z działem doradztwa finansowego Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, dzwoniąc pod numer 833-272-7581.

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o ulgi przez nieubezpieczonych pacjentów lub procesu pomocy finansowej w przypadku korzystania z opieki szpitalnej można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej (ang. Health Care Bureau) przy Prokuratorze Generalnym Illinois. Numer bezpłatnej infolinii Biura Opieki Zdrowotnej to 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

### Informacje o pacjencie

(Wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami. Jeśli dany wiersz wniosku nie ma zastosowania, należy w takim polu napisać „nie dotyczy”).

Data \_\_\_\_\_ Numer pacjenta \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Pytanie nieobowiązkowe – Tożsamość płciowa – Jak Pan/Pani siebie postrzega:  Mężczyzna  Kobieta  Transpłciowy mężczyzna/trans mężczyzna/ kobieta/mężczyzna (K/M)  Transpłciowa kobieta/ trans kobieta/ mężczyzna/kobieta (M/K)  Osoba niebinarna/ nieidentyfikująca się w pełni ani jako kobieta, ani mężczyzna  Inna tożsamość płciowa

Pytanie nieobowiązkowe – Tożsamość płciowa: Jaka płeć widniała na Państwa pierwszym akcie urodzenia?:  Mężczyzna  Kobieta

Pytanie nieobowiązkowe – Rasa:  Biała  Czarna lub afroamerykańska  Indiańska lub inuicka  Hinduska  Chińska  Filipińska  Japońska  Koreańska  Wietnamska  Inna azjatycka  Rdzenna hawajska  Guamończyk lub Chamorro  Samońska  Inny mieszkaniec Wysp Pacyfiku

Pytanie nieobowiązkowe – Pochodzenie etniczne:  Hispanoamerykańskie, Latynoskie lub Hiszpańskie  Meksykańskie, Amerykanin meksykańskiego pochodzenia, Chicano  Portorykańskie

Kubańskie  Inne pochodzenie hispanoamerykańskie, latynoskie lub hiszpańskie

Pytanie nieobowiązkowe – Język – Czy w domu porozumiewają się Państwo innym językiem niż angielski?:  Tak  Nie

Jeśli tak, jaki to język?: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Pytanie nieobowiązkowe – Nr ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Informacje o osobie odpowiedzialnej / opiecej prawnym

(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, nie trzeba wypełniać poniższej sekcji.)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Social Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

### Informacje o współmałżonku osoby odpowiedzialnej

(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Osoby pozostające na utrzymaniu osoby odpowiedzialnej

(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Liczba osób dorosłych i dzieci zamieszkujących gospodarstwo domowe \_\_\_\_\_

### Miesięczny dochód

(Dla każdej z poniższych pozycji należy podać wartość w USD za jeden miesiąc.)

Dochód	wnioskodawcy	Odszkodowanie	pracownicze
Dochód	współmałżonka	wnioskodawcy	Dochód z tytułu odsetek i dywidend
Świadczenia z systemu ubezpieczeń społecznych			Alimenty dla dziecka _____
Emerytura			Alimenty dla osoby dorosłej _____
Renta			Dochód z najmu nieruchomości _____
Zasiłek dla bezrobotnych			Bony żywnościowe _____
			Wyплаты z funduszu powierniczego _____
			Inny dochód _____
			Łączny dochód miesięczny brutto _____

## Wydatki miesięczne na życie

Pacjenci, którzy potencjalnie kwalifikują się do uzyskania pomocy finansowej, zgodnie z Zasadami udzielania pomocy finansowej Ascension Illinois, nie muszą wypełniać tej sekcji.

Hipoteka/ \_\_\_\_\_ czynsz \_\_\_\_\_

Media \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ (stacjonarny) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ komórkowy \_\_\_\_\_

Artykuły \_\_\_\_\_ spożywcze \_\_\_\_\_

Telewizja \_\_\_\_\_ kablowa/telewizja \_\_\_\_\_ satelitarna/Internet \_\_\_\_\_

Płatność \_\_\_\_\_ za \_\_\_\_\_ samochód \_\_\_\_\_

Opieka \_\_\_\_\_ nad \_\_\_\_\_ dziećmi \_\_\_\_\_

Alimenty dla dziecka/osoby dorosłej \_\_\_\_\_

Karty kredytowe \_\_\_\_\_

Rachunki medyczne/szpitalne \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie samochodu \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie domu/mieszkania \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie zdrowotne \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie na życie \_\_\_\_\_

Inne wydatki miesięczne \_\_\_\_\_

Łączne wydatki miesięczne \_\_\_\_\_

## Aktywa

Rachunki bieżące/oszczędnościowe/rozliczeniowe \_\_\_\_\_

Akcje/obligacje/inwestycje/certyfikaty depozytowe \_\_\_\_\_

Inne nieruchomości/drugi dom \_\_\_\_\_

Łódź/kamper/motocykl/samochód rekreacyjny \_\_\_\_\_

Pojazdy kolekcjonerskie / dodatkowe \_\_\_\_\_

Oszczędności zdrowotne/elastyczne \_\_\_\_\_

Upoważniam Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates do uzyskania informacji od zewnętrznych agencji sprawozdawczości kredytowej. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i prawidłowe, zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę ubiegać się o każdą pomoc, do której mogę się kwalifikować, od władz stanowych, federalnych czy lokalnych, umożliwiającą opłacenie mi rachunków za usługi medyczne. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates i upoważniam Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates do kontaktu ze stronami trzecimi w celu zweryfikowania dokładności informacji podanych w niniejszym wniosku. Jestem świadomy(-a), że jeśli umyślnie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę się kwalifikować do uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może zostać wycofana, a ja zostanę obciążony(-a) kwotą rachunku (rachunków).

Podpis wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Uwagi** \_\_\_\_\_

# Deklaracja wsparcia

Numer dokumentacji medycznej pacjenta/numer pacjenta \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby zapewniającej wsparcie \_\_\_\_\_

Stopień powiązania/pokrewieństwa z pacjentem/wnioskodawcą \_\_\_\_\_

Adres osoby zapewniającej wsparcie \_\_\_\_\_

Do Ascension Illinois:

Niniejsze pismo ma na celu poinformowanie, że (imię nazwisko pacjenta) \_\_\_\_\_  
uzyskuje niewielki dochód lub nie uzyskuje go wcale, a ja pomagam pokrywać koszty  
utrzymania powyższej osoby. Ma ona wobec mnie niewielkie lub żadne zobowiązania.

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

Podpis osoby zapewniającej wsparcie \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Szanowny Pacjencie/Wnioskodawco,

organizacja Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates angażuje się w zapewnienie spersonalizowanej opieki dla wszystkich osób – szczególnie tych najbardziej potrzebujących. Oferowanie wsparcia finansowego dla naszych pacjentów jest naszą misją i przywilejem. Pomoc finansowa jest dostępna jedynie w odniesieniu do opieki w przypadkach nagłych oraz innej niezbędnej opieki medycznej. Dziękujemy za powierzenie nam opieki zdrowotnej Państwa i Państwa rodziny.

W związku z Państwa wnioskiem przesyłamy niniejsze pismo oraz dołączony do niego wniosek o pomoc finansową. Jeśli nie składali Państwo takiego wniosku, proszę zignorować tę wiadomość. Przed odesłaniem tego dokumentu należy wypełnić jego obie strony, złożyć podpis i opatrzyć go datą. Jeśli wypełnili Państwo wniosek w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i przyznano Państwu pomoc finansową, należy nas o tym fakcie powiadomić. Nie będzie trzeba wypełniać nowego wniosku. Nie będziemy rozważać wniosku, który ma więcej niż sześć miesięcy.

Wraz z wnioskiem jako dowód dochodu należy dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów. Jeśli pozostają Państwo w związku małżeńskim lub mieszkają Państwo z bliską sobie osobą przez od co najmniej 6 miesięcy, przed rozpatrzeniem wniosku taka osoba będzie musiała dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów jako dowód swoich dochodów.

- Kopie 3 ostatnich odcinków wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie ostatniego rocznego zeznania podatkowego (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą należy dołączyć wszystkie formularze)
- Decyzja o przyznaniu świadczeń socjalnych i/lub świadczenia emerytalnego
- Ostatnie roczne zeznanie podatkowe rodziców lub opiekunów, jeśli wnioskodawca jest osobą pozostającą na ich utrzymaniu i nie ukończył 25. roku życia
- Inne dokumenty poświadczające dochód
- Kopie wyciągów bankowych z ostatnich 3 miesięcy
- Kopia wypłaty zasiłku dla bezrobotnych

Jeśli otrzymują Państwo pomoc od rodziny lub przyjaciół, lub jeśli z nimi Państwo mieszkają, należy poprosić takie osoby o wypełnienie dołączonej do niniejszego pisma „Deklaracji wsparcia”. Po wypełnieniu takiego dokumentu nie będą oni odpowiedzialni za Państwa rachunki medyczne. Dokument pokaże jednak, w jakim stopniu są Państwo w stanie pokryć swoje koszty utrzymania. W przypadku braku wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, nie trzeba wypełniać Deklaracji wsparcia.

Prosimy również, by dostarczyć dokumentację jako dowód Państwa nieopłaconych miesięcznych kosztów za usługi medyczne / leki.

Wniosek będzie mógł zostać rozpatrzony, jeśli zostanie wypełniony i dostarczony naszej organizacji wraz z zaświadczeniem o dochodach. Nie możemy zacząć rozpatrywać wniosków, które nie są w pełni wypełnione.

Proszę pamiętać, że wiadomości wysyłane za pośrednictwem poczty elektronicznej nie są bezpieczne. Choć jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zamieszczone w wiadomościach e-mail mogą zamiast do adresata, trafić w ręce niepowołanych stron trzecich.

Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Prosimy o niewysyłanie wiadomością elektroniczną Państwa wniosków, ponieważ zawarte są w nich informacje prywatne, takie jak numer ubezpieczenia społecznego.

Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami i przesłać go na następujący adres:

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

W przypadku jakichkolwiek pytań na temat tego wniosku należy zadzwonić do przedstawiciela pacjentów naszej organizacji pod numer 833-272-7581.

Z poważaniem

Biuro Usług Finansowych dla Pacjentów  
Ascension Illinois