

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

DATA USŁUGI: _____ NAZWA SZPITALA: _____ NUMER RACHUNKU: _____

NAZWISKO PACJENTA LUB WNIOSKODAWCY: _____

ADRES: _____ MIASTO: _____ STAN: _____

KOD POCZTOWY: _____ NR TEL. DOMOWEGO: _____ NR TEL. KOMÓRKOWEGO: _____

NUMER UBEZPIECZENIA PACJENTA: _____ STAN CYWILNY: _____

UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA JEST NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ

1. **CZY MIESZKAŁ PAN/MIESZKAŁA PANI W STANIE OHIO PODCZAS POBYTU W SZPITALU?** TAK _____ NIE _____
 - a) JEŚLI NIE, NA TERENIE JAKIEGO STANU PAN/PANI MIESZKAŁ/A? _____
2. **CZY KORZYSTAŁ/A PAN/PANI Z PROGRAMU MEDICAID LUB INNEJ FORMY POMOCY NA TERENIE STANU?** TAK _____ NIE _____
 - a) JEŚLI TAK, KIEDY SKŁADAŁ/A PAN/PANI WNIOSEK? _____
 - b) JEŚLI TAK, CZY KORZYSTAŁ/A PAN/PANI Z PROGRAMU MEDICAID W INNYM STANIE NIŻ OHIO? TAK _____ NIE _____
 - c) JEŚLI TAK, W JAKIM STANIE UBIEGAŁ/A SIĘ PAN/PANI O POKRYCIE KOSZTÓW UBEZPIECZENIA? _____
3. **CZY POSIADAŁ/A PAN/PANI UBEZPIECZENIE/A W CZASIE KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH?** NAZWA UBEZP. _____ NR ID _____
 - a) JEŚLI TAK, (I JEŚLI NIE ZOSTAŁ WYSTAWIONY RACHUNEK) PROSIMY PRZESŁAĆ KOPIĘ KART/Y UBEZPIECZENIA WRAZ Z WNIOSKIEM.
4. **CZY UBIEGAŁ/A SIĘ PAN/PANI O UBEZPIECZENIE POPRZEC GIEŁDĘ UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH?** TAK _____ NIE _____
 - a) JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ UBEZPIECZENIA _____ NUMER ID _____
5. **CZY OKRES KORZYSTANIA Z POMOCY LEKARSKIEJ POKRYWAŁ SIĘ Z DATĄ WYPADKU SAMOCHODOWEGO?** TAK _____ NIE _____
 - a) JEŚLI TAK, CZY ZGŁOSIŁ/A PAN/PANI ROSZCZENIE? NR ROSZCZENIA: _____ NAZWA UBEZPIECZENIA: _____
6. **CZY POSIADA PAN/PANI KONTO HSA?** TAK _____ NIE _____
 - a) JEŚLI TAK, PROSIMY PRZESŁAĆ KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH BIEŻĄCE SALDO.
7. **PROSIMY ZAZNACZYĆ, CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW POSIADA TAKIE KONTO.**
 - a) CZY JEST PAN/PANI WŁAŚCICIELEM, CZY WYNAJMUJE PAN/PANI DOM? WŁAŚCICIEL _____ WYNAJEM _____
 - b) RACHUNEK BIEŻĄCY/OSZCZĘDNOŚCI: TAK _____ NIE _____ JEŚLI TAK, PROSIMY PODAĆ WARTOŚĆ CAŁKOWITĄ W \$ _____
 - c) INNE AKTYWA, W TYM MIĘDZY INNYMI: SWAPY WALUTOWE/ AKCJE/ OBLIGACJE/ RACHUNKI ŚRODKÓW LOKOWANYCH NA RYNKU PIENIĘŻNYM: TAK _____ NIE _____
 - d) JEŚLI TAK, PROSIMY PODAĆ WARTOŚĆ CAŁKOWITĄ W \$ _____

PONIŻEJ PROSIMY PODAĆ LICZBĘ OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM. JEŚLI POTRZEBUJE PAN/PANI DODATKOWEJ PRZESTRZENI, PROSIMY PISAĆ NA ODWROTCIE WNIOSKU.

IMIĘ I NAZWISKO	RELACJA Z PACJENTEM	WIEK	CAŁKOWITY DOCHÓD 3 MIESIĄCE PRZED DATĄ USŁUGI	CAŁKOWITY DOCHÓD 12 MIESIĘCY PRZED DATĄ USŁUGI	ŹRÓDŁO DOCHODU NAZWA PRACODAWCY (STANU, JEŚLI STUDENT)
	WNIOSKODAWCA				

PROSIMY PRZESŁAĆ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY DOCHÓD UZYSKANY W CIĄGU 3 LUB 12 MIESIĘCY WRAZ Z WNIOSKIEM:

DOCHÓD CAŁKOWITY JEST TO DOCHÓD PRZED OPODATKOWANIEM, W TYM MIĘDZY INNYMI: • WYNAGRODZENIE TYGODNIOWE LUB MIESIĘCZNE (PROSIMY PRZESŁAĆ POTWIERDZENIA WYPŁATY Z 3 MIESIĘCY) • ZASIŁKI DLA BEZROBOTNYCH • ALIMENTY • ŚWIADCZENIA DLA WETERANÓW • ŚWIADCZENIA SOCJALNE (PRZED POTRĄCENIEM) LUB PISMO POTWIERDZAJĄCE PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ • ŚWIADCZENIA RODZINNE • ŚWIADCZENIA EMERYTALNE • ŚRODKI Z FUNDUSZU 401K • PISMO POTWIERDZAJĄCE PRYZNANIE WYNAGRODZENIA • WYPŁATY RYCZAŁTOWE • PROGRAM POMOCY OWF • RENTY • PRZYCHODY GOTÓWKOWE • DOKUMENTACJA ROZLICZENIOWA Z PROWADZENIA WŁASNEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ • PRACE DORYWCZE • PRZYCHÓD Z TYTUŁU ZWROTU PODATKU FEDERALNEGO • INNY DOCHÓD • JEŚLI DEKLARUJE PAN/PANI DOCHÓD ZEROWY, NIEZBĘDNE JEST WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO OŚWIADCZENIA, ABY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY • DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY STAN RACHUNKU BIEŻĄCEGO/ OSZCZĘDNOŚCI (LUB INNYCH AKTYWÓW) MOŻE BYĆ WYMAGANY • BONY ŻYWNOSCIOWE NIE SĄ WLICZANE DO DOCHODU, ALE NALEŻY JE WYMIENIĆ PONIŻEJ

JEŚLI ZADEKLAROWAŁ/A PAN/PANI DOCHÓD ZEROWY, PROSIMY PODAĆ ŹRÓDŁO UTRZYMANIA. _____

OŚWIADCZENIE: JA, NIŻEJ PODPISANY/PODPISANA, OŚWIADCZAM, IŻ WSZYSTKIE INFORMACJE ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. W PRZYPADKU GDY KONTROLA WNIOSKU O INDYWIDUALNĄ POMOC FINANSOWĄ WYKAŻE, ŻE INFORMACJE W NIM ZAWARTE SĄ NIEPRAWIDŁOWE LUB NIEZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM, DECYZJA O UDZIELENIU POMOCY FINANSOWEJ ZOSTANIE COFNIĘTA, A STRONA ODPOWIEDZIALNA ZOSTANIE OBCIĄŻONA KOSZTAMI. JESTEM ŚWIADOMY/ŚWIADOMA TEGO, ŻE PODANE PRZEZE MNIE INFORMACJE ZOSTANĄ PODDANE WERYFIKACJI PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ, WŁĄCZAJĄC BIURA INFORMACJI KREDYTOWEJ, ORAZ PODDANE OCENIE PRZEZ FEDERALNE I/LUB STANOWE AGENCJE ORAZ INNE PODMIOTY, JEŚLI ZAIDZIE TAKA POTRZEBA.

PODPIS PACJENTA: _____ DATA: _____

PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ: _____ RELACJA: _____ DATA: _____
(JEŚLI NIE JEST PAN/PANI PACJENTEM)

PROSIMY WYŚLAĆ KOMPLETNY WNIOSEK I DOKUMENTACJĘ NA ADRES:
MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
4605 DUKE DRIVE
MASON, OH 45040