

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług szpitalnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy Loyola Medicine



**LOYOLA
MEDICINE**

Dziękujemy za wybranie Loyola Medicine jako Twój dostawca usług medycznych. Prosimy o wypełnienie załączonego wniosku i odesłanie go na poniższy adres, aby dokończyć ocenę pomocy finansowej.

Prosimy o kontakt z naszym Centrum Obsługi Klienta pod numerem 708-216-5014 opcja #5 od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-17:00 CST, jeśli masz pytania dotyczące aplikacji lub statusu aplikacji.

Poczta: Loyola University Health System, Patient Financial Services Department
Two Westbrook Corporate Center, 6th Floor Westchester, Illinois 60154

Fax #: 708-216-5359 Email address: LOY-FinancialAssist@lumc.edu

Jeśli chcesz spotkać się osobiście z Benefit Advocate lub dostarczyć swoje zgłoszenie, odwiedź:

Loyola University Medical Center 2160 South 1st Ave Suite/Room 1911 Maywood, IL 60153	Gottlieb Memorial Hospital 701 W. North Ave Door 4 Entrance Melrose Park, IL 60171	MacNeal Hospital 3249 S Oak Park Avenue Berwyn, IL 60402 1st Floor
--	---	---

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług szpitalnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy Loyola Medicine

Wymagane weryfikacje			
<input type="checkbox"/> Dowód dochodu brutto z ostatniego miesiąca <input type="checkbox"/> Ostatnie dwa miesiące Kompletne wyciągi bankowe dla wszystkich kont bankowych, ze wszystkimi stronami. (Wyjaśnienie dotyczące wpłat cyklicznych) <input type="checkbox"/> Ostatnie zeznania podatkowe (formularz 1040 z załącznikiem C, E lub F) lub trzymiesięczne rachunki zysków i strat (dla osób samozatrudnionych/pozostających na utrzymaniu)			
Podaj następujące informacje, jeśli dotyczy			
<input type="checkbox"/> Ostatnie W2 dla dochodu sezonowego <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych/pismo odmowne <input type="checkbox"/> Pomoc dzieciom /Dochody z alimentów <input type="checkbox"/> Brak dochodu – Wypełnij część wniosku dotyczącą wsparcia finansowego			
Informacje o pacjencie			
Imię i nazwisko pacjenta		Data urodzenia	
Numer ubezpieczenia społecznego/EIN (opcjonalnie)]	Telefon komórkowy	Inny telefon	
Adres korespondencyjny	Miasto	Stan	Kod pocztowy
Adres e-mail	W jakim stanie mieszkasz?		
Stan cywilny <input type="checkbox"/> Pojedynczy <input type="checkbox"/> Zamężna <input type="checkbox"/> Rozwiedziony <input type="checkbox"/> Inny _____			
Czy składasz federalne zeznanie podatkowe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli nie, to dlaczego?		Czy możesz być uznany za osobę pozostającą na utrzymaniu na podstawie zeznania podatkowego innej osoby? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu posiadaliście ubezpieczenie zdrowotne w momencie świadczenia usługi? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Czy jesteś udokumentowanym mieszkańcem Stanów Zjednoczonych? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać			
Członkowie gospodarstwa domowego, w tym Ty na podstawie ostatnich zeznań podatkowych	Data urodzenia	Relacja z pacjentem	Zgłoszone w zeznaniu podatkowym (Tak/Nie)

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług szpitalnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy Loyola Medicine

Weryfikacja dochodów dla wszystkich członków gospodarstwa domowego					
Miesięczne źródło dochodu	Kto to otrzymuje?	Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem)	Miesięczne źródło dochodu	Kto to otrzymuje?	Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem)
Płaca			Odszkodowanie pracownicze		
Ubezpieczenie społeczne / Niepełnosprawność			Bezrobocie		
Emerytura			Alimenty na dziecko		
Samozatrudnienie			Dochód z wynajmu gruntów		
Pomoc publiczna			Inny		

List o wsparciu finansowym - powinien być wypełniony wyłącznie przez osobę udzielającą wsparcia

- Zapewniam ponad 50% wsparcia na pokrycie kosztów utrzymania pacjenta, ale nie jestem w stanie pomóc w opłaceniu rachunków medycznych.
- Podpisując niniejszy list potwierdzam, że powyższe oświadczenie jest prawdziwe i że w żaden sposób nie będę ponosił odpowiedzialności za rachunki pacjenta. W razie pytań proszę o kontakt pod adresem _____ (Numer telefonu)

Imię i nazwisko osoby udzielającej wsparcia	Relacja z pacjentem
Podpis osoby udzielającej wsparcia	Data

Weryfikacja dochodu i identyfikacja

Oświadczam, że informacje wymienione w niniejszym wniosku są prawdziwe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że podane informacje podlegają weryfikacji. Ponoszę odpowiedzialność za spłatę wszelkich usług świadczonych przez podmioty stowarzyszone Trinity Health, jeśli powyższe informacje zostaną podane pod fałszywym pretekstem.

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

lub podpis opiekuna prawnego (jeśli dotyczy): _____ Data: _____

Relacja z pacjentem: _____ Data: _____

Prosimy o przesłanie wniosku pocztą, faksem na numer 708-216-5359 lub e-mailem LOY-FinancialAssist@LUMC.EDU. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, skontaktuj się z naszym Centrum Obsługi Klienta pod numerem 708-216-5014. Opcja nr 5 Od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 - 17:00 CST

Wątpliwości lub skargi dotyczące procesu wnioskowania o pomoc finansową lub nieubezpieczoną zniżkę można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>