



Data: _____

**LOYOLA MEDICINE
Wniosek o pomoc finansową**

Dziękujemy za wybranie usług Loyola Medicine w zakresie opieki zdrowotnej. W celu sprawdzenia, czy kwalifikują się Państwo do skorzystania z pomocy finansowej, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przekazanie go wraz z kopiami dokumentów wymienionych we wniosku.

- **Ważne: MOŻE PAŃSTWU PRZYSŁUGIWAĆ BEZPŁATNA LUB CZĘŚCIOWO PŁATNA OPIEKA:** Wypełnienie tego wniosku pomoże Loyola University Medical Center określić, czy przysługują Państwu bezpłatne lub częściowo płatne usługi lub inne publiczne programy, dzięki którym będą Państwo mogli pokryć koszty leczenia. Prosimy o przekazanie niniejszego wniosku szpitalowi.
- **JEŻELI NIE SĄ PAŃSTWO UBEZPIECZENI, DO ZAKWALIFIKOWANIA DO BEZPŁATNEJ LUB CZĘŚCIOWO PŁATNEJ OPIEKI NIE JEST WYMAGANY NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO.** Jednakże numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, np. Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi w określeniu, czy kwalifikują się Państwo do któregośkolwiek z programów publicznych.
- Proszę wypełnić niniejszy formularz i przekazać go szpitalowi osobiście, przesłać pocztą, za pośrednictwem poczty e-mailem bądź faksem, aby ubiegać się o bezpłatną lub częściowo płatną opiekę w ciągu 60 dni od daty wypisu lub skorzystania z opieki ambulatoryjnej.
- Pacjent potwierdza, że działając w dobrej wierze przekazał wszystkie informacje wymagane we wniosku, aby pomóc szpitalowi w określeniu, czy kwalifikuje się on do otrzymania pomocy finansowej.
- Uwaga: Jeżeli pacjent spełnia kryteria domniemanego zakwalifikowania wyznaczone przez Loyola University Medical Center opisane w polityce domniemanego zakwalifikowania lub w sposób domniemany przysługuje mu pomoc finansowa ze względu na dochód rodzinny, nie musi on wypełniać sekcji MIESIĘCZNE WYDATKI w niniejszym wniosku.
- Określenie kwalifikacji wpłynie wyłącznie na należną część z dniem otrzymania wypełnionego wniosku, a dokonanie tej czynności pozostaje w wyłącznej gestii Loyola University Medical Center.
- Rozpatrzenie niniejszego wniosku zostanie przełożone lub anulowane, jeżeli z chwilą jego składania nie zostaną przekazane wszystkie wymagane informacje.
- **Wniosek o pomoc finansowa**
Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o zniżki dla nieubezpieczonych pacjentów lub procesu uzyskania pomocy finansowej ze strony szpitala mogą być zgłaszane do Biura Opieki Zdrowotnej przy Prokuratorze Generalnym Illinois." W oświadczeniu należy zamieścić stronę internetową, numer telefonu Prokuratora Generalnego, lub obie te informacje.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia _____

Numer ubezpieczenia społecznego pacjenta (nie jest wymagany w przypadku braku ubezpieczenia): _____

Nr telefonu: _____ Adres: _____

Adres e-mail: _____

Czy był(a) Pan(i) uczestnikiem domniemanego przestępstwa bądź wypadku? TAK/NIE

Czy w okresie korzystania z usług Loyola był(a) Pan(i) mieszkańcem stanu Illinois? TAK/NIE

Uwaga: Jeżeli małżonek/partner jest poręczycielem albo pacjent jest nieletni, a poręczycielem jest jego rodzic lub opiekun, należy podać poniżej imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu poręczyciela.

Imię i nazwisko poręczyciela: _____

Nr telefonu poręczyciela: _____

Adres poręczyciela: _____

Opcjonalne pytania poniżej. Odpowiedzi na te pytania nie będą miały wpływu na Twój wniosek:

Rasa: _____ Przynależność etniczna: _____

Płeć: _____ Preferowany język: _____

INFORMACJE NA TEMAT RODZINY / GOSPODARSTWA DOMOWEGO:

Liczba osób w gospodarstwie domowym pacjenta: _____

Liczba osób, które pozostają na utrzymaniu pacjenta: _____

Wiek osób, które pozostają na utrzymaniu pacjenta: _____

DOCHÓD RODZINY I INFORMACJE NA TEMAT ZATRUDNIENIA:

Czy pacjent lub małżonek pacjenta, rodzice/opiekunowie (w przypadku nieletnich) posiadają obecnie zatrudnienie? TAK/NIE

Jeżeli tak, proszę podać następujące informacje w odniesieniu do każdego pracodawcy (imię i nazwisko / nazwa, adres, numer telefonu). Proszę w razie konieczności załączyć dodatkowe arkusze.

Nazwa pracodawcy: _____ Nazwa pracodawcy: _____

Nr telefonu pracodawcy: _____ Nr telefonu pracodawcy: _____

Adres pracodawcy: _____ Adres pracodawcy: _____

W przypadku rozwodu bądź separacji, czy Pana/Pani małżonek/partner jest finansowo odpowiedzialny za opiekę medyczną nad pacjentem zgodnie z wyrokiem o rozwodzie/separacji? TAK/NIE

Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje: _____

Proszę podać miesięczny przychód brutto pacjenta z każdego z następujących źródeł: Proszę uwzględnić przypadki, w których małżonek, partner lub rodzic/opiekun jest poręczycielem pacjenta:

Wynagrodzenie:	_____
Samozatrudnienie:	_____
Zasiłek dla bezrobotnych:	_____
Ubezpieczenie społeczne:	_____
Niepełnosprawność w ramach ubezpieczenia społecznego (Social Security disability):	_____
Świadczenia kombatanckie:	_____
Niepełnosprawność kombatanta:	_____
Niepełnosprawność osoby prywatnej:	_____
Zasiłek pracowniczy:	_____
Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie (TANF):	_____
Dochód z emerytury:	_____
Zasiłek na dziecko, alimenty lub inne wsparcie ze strony małżonka:	_____
Pozostałe przychody:	_____
CAŁKOWITY MIESIĘCZNY PRZYCHÓD BRUTTO:	\$ _____

INFORMACJE NA TEMAT UBEZPIECZENIA/ŚWIADCZEŃ:

Proszę wymienić wszelkie prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz ubezpieczenia finansowane przez rząd (np. Medicare, Medicaid bądź Veterans Administration (Ośrodku Kombatantów)): _____

Czy ubiegał(a) się Pan(i) o objęcie jakimkolwiek programem medycznym finansowanym przez rząd (nawet jeśli wniosek został odrzucony) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? TAK/NIE

Jeżeli tak, proszę podać nazwę programu(-ów): _____

Czy rozwiązał(a) Pan(i) stosunek pracy w ciągu ostatnich 30 dni? TAK/NIE

Jeżeli tak, to czy kwalifikuje się Pan(i) do świadczeń Cobra? TAK/NIE

Jeżeli tak:

Nazwa pracodawcy: _____

Nazwa ubezpieczenia zdrowotnego: _____

INFORMACJE NA TEMAT AKTYWÓW I ICH SZACOWANEJ WARTOŚCI:

Proszę zaznaczyć wszelkie odnośne aktywa i podać wartość każdego z nich:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nieruchomość, w tym miejsce zamieszkania / dom | Aktualna wartość (wszystkie nieruchomości): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pojazd(-y) silnikowe / inne pojazdy | Aktualna wartość (wszystkie pojazdy): _____ |
| <input type="checkbox"/> Konta bieżące i oszczędnościowe | Aktualna wartość (wszystkie konta): _____ |
| <input type="checkbox"/> Udziały | Aktualna wartość: _____ |
| <input type="checkbox"/> Certyfikaty depozytowe | Aktualna wartość: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fundusze wzajemne | Aktualna wartość: _____ |
| <input type="checkbox"/> Oszczędności na cele zdrowotne / Konto zmiennych wpłat i wydatków | Aktualna wartość: _____ |

CAŁKOWITA WARTOŚĆ: \$ _____

LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER MOŻE WYSTĄPIĆ O PRZEDSTAWIENIE DOKUMENTACJI WERYFIKUJĄCEJ WARTOŚĆ AKTYWÓW. AKCEPTOWANE DOKUMENTY TO MIĘDZY INNYMI ZAŚWIADCZENIA Z INSTYTUCJI FINANSOWYCH LUB STRON TRZECICH WERYFIKUJĄCYCH WYCENĘ AKTYWÓW.

SZACUNKOWE MIESIĘCZNE WYDATKI:

Proszę określić szacunkowe miesięczne wydatki w następujących kategoriach:

Cele mieszkaniowe Media _____
Żywność _____
Transport _____
Opieka nad dziećmi _____
Kredyty _____
Wydatki na leczenie _____
Pozostałe wydatki _____
CAŁKOWITE MIESIĘCZNE WYDATKI: \$ _____

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że informacje podane we wniosku są według posiadanej przeze mnie wiedzy poprawne i zgodne ze stanem faktycznym. Aby uzyskać pomoc w opłaceniu rachunku wystawionego przez szpital, będę ubiegać się o każde państwowe, federalne bądź lokalne wsparcie, które może mi przysługiwać. Rozumiem, że przekazane informacje mogą zostać sprawdzone przez szpital i upoważniam go do kontaktowania się z osobami trzecimi w celu sprawdzenia informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeśli we wniosku świadomie podam nieprawdziwe informacje, nie będę mógł skorzystać z pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc może zostać cofnięta i będę zobowiązany do opłacenia rachunku wystawionego przez szpital.

Podpis pacjenta/poręczyciela: _____

Data: _____

DOKUMENTACJA DODATKOWA:

Aby dokonać sprawdzenia dochodu rodziny proszę przekazać dowolny (1) z poniższych dokumentów w odniesieniu do każdego pacjenta/poręczyciela i każdego członka gospodarstwa domowego pacjenta/poręczyciela:

- Kopia ostatniego zeznania podatkowego wraz z harmonogramami Kopia ostatniego formularza W-2 oraz formularzy 1099
- W przypadku wypłaty w formie gotówki, zaświadczenie o wysokości cotygodniowego wynagrodzenia od pracodawcy
- Zaświadczenie o przyznaniu świadczenia w ramach ubezpieczenia społecznego (dochodu lub niepełnosprawności) bądź zaświadczenie o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych
- Kopie **dwóch (2)** ostatnich odcinków wypłaty, **tylko w sytuacji gdy nie może Pan(i) przedstawić powyższych dokumentów.**

W celu zweryfikowania miejsca zamieszkania pacjenta, proszę przedstawić jeden (1) z poniższych dokumentów:

- Aktualny dokument tożsamości wydany przez urząd państwowy (np. prawo jazdy); Potwierdzenie wpływu dochodów z czynszu lub najmu;
- Ostatni rachunek za media; Karta rejestracyjna pojazdu; Karta rejestracji do głosowania;
- Przesyłki pocztowe zaadresowane na pacjenta pod adresem w Illinois przesłane przez instytucję rządową lub innewiarygodneźródło;
- Oświadczenie członka rodziny pacjenta, który mieszka pod tym samym adresem co pacjent i przedstawi aktualne potwierdzenie jego miejsca zamieszkania;
- Pismo ze schroniska dla bezdomnych, domu zakwaterowania tymczasowego bądź podobnej instytucji, potwierdzające, że pacjent mieszka w danej instytucji.

Proszę przesłać wniosek oraz dodatkową wymaganą dokumentację w ciągu sześćdziesięciu (60) dni roboczych.

*****NIEKOMPLETNE WNIOSKI MOGĄ ZOSTAĆ ODRZUCONE.*****

Wnioski proszę przysyłać na adres (brak możliwości złożenia wniosku osobiście):

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

Numer faksu: 708-216-5359

Adres e-mail: LOY-FinancialAssist@lumc.edu

Jeśli chcesz osobiście spotkać się z doradcą ds. świadczeń lub złożyć wniosek, zapraszamy do poniższych placówek:

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	<u>MacNeal Hospital</u> <u>3249 S Oak Park Avenue</u> <u>Berwyn, IL 60402</u> <u>1st Floor</u>
--	---	---

W przypadku pytań bądź potrzeby uzyskania pomocy w wypełnianiu wniosku, możesz do nas zadzwonić pod nr. tel. 800-424-4840.