



Data : \_\_\_\_\_

## LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

### Wniosek o pomoc finansową

Aby ustalić, czy wnioskodawca kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej, prosimy wypełnić i odesłać załączony wniosek wraz z kopiami wskazanych poniżej dokumentów.

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Roczny dochód gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

Historia choroby lub nr konta w szpitalu: \_\_\_\_\_ Stan cywilny: \_\_\_\_\_

Liczba osób na utrzymaniu, niezależnie od tego, czy zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowym: \_\_\_\_\_

#### Dane osobowe pacjenta lub żyranta:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Stosunek pokrewieństwa z pacjentem: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Telefon: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. komórkowy (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nazwa pracodawcy: \_\_\_\_\_ Zawód: \_\_\_\_\_

Zatrudnienie: \_\_ pełne \_\_ częściowe

#### Główne lub prawne miejsce zamieszkania (żyrant)

Adres: \_\_\_\_\_

#### Wydatki miesięczne:

Utrzymanie: \$ \_\_\_\_\_ Splaty hipoteki / komorne / światło, gaz itd. \_\_ właściciel \_\_  
podnajemca \_\_ inne

Splaty ratalne: \$ \_\_\_\_\_ samochód / kredyt/ pożyczki itp.

Inne wydatki: \$ \_\_\_\_\_ składki ubezpieczeniowe /opieka nad dziećmi itd.

Wydatki własne na opiekę medyczną w ciągu ubiegłych 12 miesięcy: \$ \_\_\_\_\_

#### Konta czekowe / oszczędnościowe

Saldo konta czekowego: \$ \_\_\_\_\_ oszczędności: \$ \_\_\_\_\_

Inne posiadane zasoby finansowe, wartość w gotówce \$ \_\_\_\_\_ 401K /akcje / świadectwa  
depozytu (CD) / polisa na życie itd.

#### Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:

Czy wnioskodawca ubiegał się o udział w sponsorowanym przez władze programie medycznym (nawet jeżeli go nie uzyskał) w ciągu ubiegłych 6 miesięcy? TAK/NIE

Czy któreś z tych usług są związane z wypadkiem? TAK/NIE

**Czy wnioskodawca jest beneficjentem funduszu powierniczego lub spadku? TAK/NIE**

**Czy wnioskodawca kupuje lub jest właścicielem nieruchomości innej niż główne miejsce zamieszkania?  
TAK/NIE**

**Jeżeli odpowiedź na któreś z powyższych pytań jest „TAK”, proszę wyjaśnić:**

---

---

---

---

**Należy przedłożyć poniższe dokumenty na poparcie wniosku dla wszystkich członków gospodarstwa domowego.**

- \* Trzy ostatnie odcinki czeków wynagrodzenia za pracę lub inne świadectwo dochodów
- \* Ostatnie federalne zeznanie podatkowe, arkusze rozliczeniowe i formularze W-2 dla wszystkich członków gospodarstwa domowego
- \* Pismo od Social Security określające płatności (z tytułu dochodu lub niezdolności do pracy)
- \* Ostatnie wyciągi z konta czekowego i oszczędnościowego (nie przyjmuje się wyciągów bankowych uzyskanych online; wyciąg musi zawierać wszystkie strony i wszystkie wpłaty muszą być wyjaśnione)
- \* Prawo jazdy lub inny dokument tożsamości wystawiony przez urząd stanowy
- \* Pismo o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych
- \* Zaświadczenie o należnościach z tytułu mieszkania: wynajmu z wyżywieniem, komornego, dzierżawy, spłat hipotecznych

**Przyjmuję do wiadomości, że określenie uprawnień wpłynie tylko na część mojej należności w dniu przyjęcia wniosku, ponieważ uprawnienia ustala według swojego wyłącznego uznania Centrum Medyczne Uniwersytetu im. Loyoli.**

**Wniosek zostanie rozpatrzony z opóźnieniem lub odmownie, jeżeli w dniu złożenia nie będzie zawierał wszystkich żądanych informacji.**

**Podpisując wniosek wnioskodawca oświadcza, że wszystkie udzielone w nim informacje są prawdziwe i zgodne z posiadanymi przez niego informacjami. Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że Centrum Medyczne Uniwersytetu im. Loyoli zachowa niniejszy wniosek i całą załączoną do niego dokumentację, niezależnie od sposobu załatwienia. Ponadto wnioskodawca upoważnia Centrum Medyczne Uniwersytetu im. Loyoli do sprawdzenia swojej wiarygodności kredytowej i do przeprowadzenia wszelkich dochodzeń, jakie uzna za stosowne w celu rozpatrzenia wniosku.**

**Podpis pacjenta: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_**

**Proszę wysłać wniosek i wszelkie wymagane dokumenty w ciągu 30 (trzydziestu) dni roboczych.  
\*\*WNIOSKI NIEKOMPLETNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE\*\***

**Wysłać na adres: Loyola University Medical Center, Business Service Administration  
Mulcahy Building-First Floor Rm 1538-B  
2160 South First Avenue, Maywood, IL 60153**

**Aby zadać pytanie lub uzyskać pomoc przy wypełnianiu wniosku, prosimy zatelefonować pod poniższy numer.**

**Dział usług finansowych dla pacjentów Tel.: 800-424-4840**