



LOYOLA
MEDICINE

LOYOLA MEDICINE Wniosek o pomoc finansową

Dziękujemy za wybranie Loyola Medicine jako dostawcy usług medycznych. Abyśmy mogli ustalić, czy kwalifikują się Państwo do otrzymania pomocy finansowej, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i przesłanie go wraz z kopiami dokumentów wymienionych we wniosku.

- **Ważne: MOŻESZ BYĆ UPRAWNIONY DO BEZPŁATNEJ LUB ZNIŻKOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:** Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże Centrum Medycznemu Uniwersytetu Loyola ustalić, czy przysługują Ci bezpłatne lub zniżkowe usługi lub inne programy publiczne, które mogą pomóc w pokryciu kosztów Twojej opieki zdrowotnej.
- **JEŚLI NIE POSIADASZ UBEZPIECZENIA, NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY DO UZYSKANIA PRAWA DO BEZPŁATNEJ LUB ZNIŻKOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ.** Numer ubezpieczenia społecznego może być wymagany wyłącznie w celu ustalenia uprawnień do korzystania z niektórych programów publicznych, takich jak Medicaid.
- Można wypełnić i złożyć wniosek. Prosimy o wypełnienie i złożenie niniejszego formularza osobiście, pocztą, pocztą elektroniczną lub faksem w terminie co najmniej dwustu czterdziestu **(240)** dni od daty wypisania ze szpitala lub zakończenia leczenia ambulatoryjnego.
- **Majątek:** Loyola Medicine nie bierze pod uwagę majątku przy ustalaniu uprawnień do pomocy finansowej ze strony szpitala. W ramach niniejszego wniosku nie ma obowiązku ujawniania majątku.
- **Uwaga: Powiadomienie o wstępnym uznaniu uprawnień**
Pacjenci mogą zostać zakwalifikowani do pomocy finansowej bez wypełniania niniejszego wniosku, na podstawie metod wstępnej kwalifikacji dopuszczonych przez prawo stanu Illinois.

Dokumentacja dotycząca dochodów pacjenta nieposiadającego ubezpieczenia ogranicza się do jednego (1) z poniższych dokumentów

(A) ☐ Kopia ostatniego zeznania podatkowego wraz z załącznikami

(B) ☐ Kopia najnowszego formularza W-2 oraz formularzy 1099

(C) ☐ Kopie dwóch ostatnich odcinków wypłaty

(D) ☐ Pisemne potwierdzenie dochodów od pracodawcy, jeśli wynagrodzenie jest wypłacane w gotówce

(E) ☐ Inna uzasadniona forma weryfikacji dochodów przez stronę trzecią, uznana przez szpital za dopuszczalną

[W razie potrzeby podaj następujące informacje]

☐ [Najnowszy formularz W-2 dotyczący dochodów sezonowych] ☐ [Zasiłek dla bezrobotnych/świadczenia z ubezpieczenia społecznego] ☐ [Alimenty na dzieci/alimenty dla małżonka]

☐ [Brak dochodów – należy wypełnić część wniosku dotyczącą zaświadczenia o wsparciu finansowym]

Dane Pacjenta

[Imię i nazwisko pacjenta]		[Data urodzenia]	
[Numer ubezpieczenia społecznego/numer EIN (opcjonalnie)]	[Telefon komórkowy]	[Dodatkowy telefon]	
[Adres korespondencyjny]	[Miasto]	[Stan]	[kod pocztowy]
[Adres e-mail]	[W jakim stanie mieszkasz?]		
[Stan cywilny (nieobowiązkowe)] ☐ [Niezameżna/nieżonaty] ☐ [Żonata/żonaty] ☐ [Rozwiedziona/rozwiedziony] ☐ [Inne] _____			
[Czy składasz federalne zeznanie podatkowe?] ☐ [Tak] ☐ [Nie] [Jeśli nie, to dlaczego?]		[Czy inna osoba może wykazać Pana/Panią jako osobę pozostającą na jej utrzymaniu w swoim zeznaniu podatkowym?] ☐ [Tak] ☐ [Nie]	
[Czy w momencie skorzystania z usługi Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu posiadaliście ubezpieczenie zdrowotne?] ☐ [Tak] ☐ [Nie] [(Proszę dołączyć kopię karty ubezpieczeniowej)]			
[Członkowie gospodarstwa domowego, w tym Państwo, na podstawie Państwa ostatnich zeznań podatkowych]	[Data urodzenia]	[Związek z pacjentem]	[Uwzględniono w zeznaniu podatkowym (Tak/Nie)]

[Wydatki miesięczne: Wymień miesięczne wydatki gospodarstwa domowego]

☐ Czynsz czy kredyt hipoteczny	☐ Media
☐ Jedzenie	☐ Wyплаcone alimenty na dziecko/alimenty dla małżonka
☐ Transport	☐ Rata za samochód
☐ Opieka nad dziećmi/osobami pozostającymi na utrzymaniu	☐ Inne

Łączne miesięczne wydatki: _____

[Weryfikacja dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego]

[Źródło miesięcznego dochodu]	[Kto to otrzymuje?]	[Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem)]	[Źródło miesięcznego dochodu]	[Kto to otrzymuje?]	[Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem)]
[Ubezpieczenie społeczne/Niepełnosprawność]			[Odszkodowania z tytułu wypadków przy pracy]		
[Emerytura]			[Bezrobocie]		
[Samozatrudnienie]			[Alimenty na dziecko/Alimenty dla małżonka]		
[Pomoc społeczna]			[Dochód z wynajmu gruntów]		
[Inne]					

[Oświadczenie o wsparciu finansowym – powinno być wypełnione wyłącznie przez osobę udzielającą wsparcia]

- ☐ [Pokrywam ponad 50% kosztów utrzymania pacjenta, ale nie jestem w stanie pomóc w opłaceniu rachunków za leczenie.]
- ☐ [Podpisując niniejszy list, potwierdzam, że powyższe oświadczenie jest zgodne z prawdą oraz że w żadnym wypadku nie będę ponosić odpowiedzialności za rachunki pacjenta.] W razie pytań proszę o kontakt pod numerem _____ (numer telefonu)]

[Imię i nazwisko osoby udzielającej wsparcia]

[Związek z pacjentem]

[Podpis osoby udzielającej wsparcia]

[Data]

[WERYFIKACJA DOCHODÓW I TOŻSAMOŚCI]

[Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i kompletne. Rozumiem, że przekazane informacje podlegają weryfikacji. Będę zobowiązany do pokrycia kosztów wszelkich usług świadczonych w placówkach należących do sieci Trinity Health, jeśli powyższe informacje zostaną podane pod fałszywym pretekstem.]

[Podpis pacjenta]: _____

[Data]: _____

[Lub podpis opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)]: _____

[Data]: _____

[Związek z pacjentem]: _____

[Data]: _____

[Prosimy o przesłanie wniosku pocztą na powyższy adres, faksem pod numer 312-871-3350 lub o przesłanie dokumentów za pośrednictwem serwisu MyChart (portal dla pacjentów) – <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>. W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z naszym Centrum Obsługi Klienta pod numerem 866-404-9382 od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 – 17:00. czasu wschodniego (ET)]

Wszelkie uwagi lub skargi dotyczące procedury ubiegania się o pomoc finansową lub zniżki dla osób nieubezpieczonych można zgłaszać do Biura ds. Opieki Zdrowotnej przy Prokuratorze Generalnym stanu Illinois pod numerem 1-877-305-5145 lub na stronie <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>