



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

**LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER**

**Wniosek o pomoc finansową**

**Dziękujemy za wybranie usług Loyola University Medical Center 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 któregoś 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.

**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: \_\_\_\_\_

**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 (Ośrodka Kombatanatów)): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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                    | _____    |
| <b>CAŁKOWITE MIESIĘCZNE WYDATKI:</b> | \$ _____ |

## 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 inne wiarygodne źródło;
- 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 przysłać na adres: Loyola University Health System  
Patient Financial Services Department  
Two Westbrook Corporate Center, 7th Floor  
Westchester, Illinois 60154

Numer faksu: 708-216-2237

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

W przypadku pytań bądź potrzeby uzyskania pomocy w wypełnianiu wniosku, proszę dzwonić pod poniższy numer telefonu.

Dział obsługi finansowej pacjentów

Tel.: 800-424-4840