



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 e-mail: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

Zasilek 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 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:

- Nieruchomość, w tym miejsce zamieszkania / dom Aktualna wartość (wszystkie nieruchomości): \_\_\_\_\_
- Pojazd(-y) silnikowe / inne pojazdy Aktualna wartość (wszystkie pojazdy): \_\_\_\_\_
- Konta bieżące i oszczędnościowe Aktualna wartość (wszystkie konta): \_\_\_\_\_
- Udziały Aktualna wartość: \_\_\_\_\_
- Certyfikaty depozytowe Aktualna wartość: \_\_\_\_\_
- Fundusze wzajemne Aktualna wartość: \_\_\_\_\_
- Oszczędności na cele zdrowotne / Konto Aktualna wartość: \_\_\_\_\_

zmiennych wpłat i wydatków

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>	<b>\$ _____</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  
7<sup>th</sup> Floor  
Westchester, Illinois 60154**

Numer faksu: 708-216-2237

Adres e-mail: [LOY-FinancialAssist@lumc.edu](mailto: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