

Obrazac za prijavljivanje za finansijsku pomoć



Važno: MOŽDA MOŽETE DOBITI NJEGU BESPLATNO ILI PO SNIŽENOJ CIJENI: Popunjavanje ovog obrasca pomoći će organizaciji AdventHealth da utvrdi možete li dobiti usluge besplatno ili po sniženoj cijeni ili druge javne programe koji vam mogu pomoći da plaćate svoju zdravstvenu njegu. Pošaljite ovu prijavu na adresu navedenu u prpratnom pismu.

AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE OBAVEZAN DA BISTE SE KVALIFICIRALI ZA BESPLATNU ILI NJEGU PO NIŽOJ CIJENI. Međutim, broj socijalnog osiguranja je obavezan za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog i+osiguranja nije obavezno, ali može pomoći organizaciji AdventHealth da utvrdi da li se kvalificirate za neke javne programe. Kod svih pitanja u prijavi koja su označena kao „opciona“, vaš odgovor (ili nedavanje odgovora) neće imati nikakav uticaj na ishod prijave.

Popunite ovaj obrazac i dostavite ga organizaciji ADVENTHEALTH osobno, poštom, elektronskom poštom ili faksom da biste se prijavili za besplatnu ili njegu po nižoj cijeni što je prije moguće nakon datuma uručenja. Prihvaćemo vašu prijavu u roku od 240 dana nakon prvog izvoda obračuna za vašu njegu. Slanjem ove prijave potvrđujete da ste se u dobroj vjeri potrudili navesti sve informacije u prijavi kako biste organizaciji AdventHealth pomogli da utvrdi da li pacijent ispunjava uvjete za finansijsku pomoć. Ako imate bilo kakva pitanja o postupku prijave, pitanja ili nedoumice možete uputiti odjelu organizacije AdventHealth za finansijsko savjetovanje na 844-652-0600.

Prigovori ili nedoumice kod postupka prijave neosiguranog pacijenta za popust ili postupak u vezi s finansijskom pomoći bolnice mogu se uputiti Uredu za zdravstvenu njegu državnog pravobranioca Illinois. Broj besplatne otvorene linije Ureda za zdravstvenu njegu je 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informacije o pacijentu

(Pišite štampanim slovima, a moraju se popuniti sva polja. Unesite N/A u pojedinačnom redu prijave ako traženi podatak nije primjenljiv)

Datum _____ Broj računa _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračno stanje _____ Broj telefona _____

Opciono - Polni identitet – Mislite li da ste: Muškarac Žena Transrodni muškarac/transmuškarac/žena koja je postala muškarac

Transrodna žena/transžena/muškarac koji je postao žena Nebinarna osoba/osoba koja se ne uklapa u polne okvire, ni muškarac ni žena

Dodatna polna kategorija (ili drugo)

Opciono - Polni identitet: Koji je pol bio prvobitno naveden na vašem izvodu iz knjige rođenih?: Muški Ženski

Opciono - Rasa: Bijela Crna ili afro-američka američka indijanska ili domorodačka sa Aljaske azijska indijska kineska filipinska japanska korejska vijetnamska druga azijska domorodačka havajska gvamska ili Čamoro samoanska drugi pacifički ostrvljanin

Opciono – Etnička pripadnost: Hispansko, latino ili špansko poreklo Meksičko, meksikoameričko, čikano Portorikansko

Kubansko Drugo hispansko, latino ili špansko poreklo

Opciono – Jezik - Da li kod kuće govorite neki dugi jezik koji nije engleski?: Da Ne

Ako govorite, koji je to jezik?: _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Opciono - Broj socijalnog osiguranja _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Broj telefona poslodavca _____

Informacije o odgovornom licu/zakonskom staratelju

(Ako su gore navedeni pacijent i odgovorno lice ista osoba, ostavite ovaj odjeljak prazan.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračno stanje _____ Broj telefona _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Informacije o bračnom drugu odgovornog lica

(Ako su pacijent i odgovorno lice ista osoba, unesite ime pacijentovog bračnog druga.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračno stanje _____ Broj telefona _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (opciono) _____

Poslodavac _____ Radni status _____

Broj telefona poslodavca _____

Izdržavane osobe odgovornog lica

(Ako su pacijent i odgovorno lice ista osoba, unesite ime pacijentovog bračnog druga.)

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____ Odnos sa odgovornim licem _____

Broj odraslih osoba i djece u domaćinstvu _____

Mjesečni prihod

(Unesite iznos u dolarima za svaku niže navedenu stavku. Za svaku stavku unesite mjesečni iznos.)

Zarađeni prihod podnosioca prijave _____ Prihod	Dječji dodatak _____
bračnog druga podnosioca prijave _____	Alimentacija _____ Prihod
Beneficije socijalnog osiguranja _____ Prihod	od iznajmljivanja imovine _____
od penzije _____	Markice za hranu _____
Invalidski prihod _____	Raspodjela povjerilačkog fonda _____ Drugi
Naknada za nezaposlenost _____	prihod _____
Naknada za radnike _____ Prihod	Ukupan bruto mjesečni prihod u USD _____
od kamate/dividende _____	

Mjesečni troškovi života

Pacijenti za koje se pretpostavlja da ispunjavaju uvjete za finansijsku pomoć kao što je opisano u Politici finansijske pomoći organizacije AdventHealth ne moraju popunjavati ovaj odjeljak.

Hipoteka/najam _____ Računi	Izdražavanje djeteta/alimentacija _____
za komunalne usluge _____ Telefon	Kreditne kartice _____
(fiksni) _____ Mobilni	Liječnički/bolnički računi _____
telefon _____ Hrana	Osiguranje automobila _____
_____	Osiguranje kuće/imovine _____
Kablovska/internet/satelitska televizija _____ Otplata	Medicinsko/zdravstveno osiguranje _____
automobila _____ Briga o	Osiguranje života _____ Drugi
djetetu _____	mjesečni trošak _____
	Ukupni mjesečni troškovi u USD _____

Kapital

Gotovinski/štedni/tekući računi _____
Akcije/obveznice/investicije/depozitna potvrda(e) _____
Druga nepokretna imovina/sekundarno prebivalište _____
Čamac/kamper/motocikl/rekreativno vozilo _____
Kolekcionarski automobili/automobili koji nisu neophodni _____
Vozilo nabavljeno iz zdravstvene štednje/sa računa za fleksibilnu potrošnju _____

Ovlašćujem organizaciju ADVENTHEALTH da pribavi informacije od spoljnih agencija za kreditni istorijat dužnika. Potvrđujem da su informacije navedene u ovoj prijavi tačne i istinite prema mom najboljem znanju. Prijaviću se za svaku državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju mogu ispunjavati uvjete kako bih lakše plaćao/la svoje račune za zdravstvenu zaštitu. Razumijem da će ADVENTHEALTH možda provjeriti ove navedene informacije i ovlašćujem organizaciju ADVENTHEALTH da se obrati nezavisnim stranama kako bi provjerila tačnost informacija navedenih u ovoj prijavi. Razumijem da, ako u ovoj prijavi svjesno navedem netačne informacije, neću ispunjavati uvjete za finansijsku pomoć, kao i da se svaka finansijska pomoć koja mi je odobrena može povući, te da ću tada ja biti odgovoran(a) za plaćanje računa.

Potpis podnosioca prijave _____

Datum _____

Komentari _____

Pismo podrške

Broj zdravstvenog kartona pacijenta/broj računa _____

Ime i prezime davaoca podrške _____

Odnos sa pacijentom/podnosiocem prijave _____

Adresa davaoca podrške _____

Organizaciji AdventHealth:

Ovim pismom obavještavam da (ime pacijenta) _____ prima mali ili nikakav prihod i da mu/joj pomažem u plaćanju troškova života. On/ona nema nikakvu obavezu prema meni.

Potpisivanjem ove izjave potvrđujem da su navedene informacije tačne prema mom najboljem znanju.

Potpis izdržavatelja _____

Datum _____

Poštovani pacijentu/podnosioče prijave,

Organizacija AdventHealth se vodi saosećanjem i posvećena je obezbjeđivanju personalizirane njege za sve – pogotovo za one kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija da našim pacijentima ponudimo finansijsku pomoć. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinsku neophodnu njegu. Hvala Vam što nam povjeravate brigu o zdravstvenim potrebama vas i vaše porodice.

Šaljemo Vam ovo pismo i priloženu prijavu za finansijsku pomoć zbog toga što smo dobili Vaš zahtjev. Ako niste tražili ovo, zanemarite ovo pismo. Popunite obje strane, potpišite i datirajte prije nego što prijavu pošaljete natrag. Ako ste u periodu od prethodnih šest mjeseci popunili prijavu i odobrena vam je finansijska pomoć, obavijestite nas. Možda nećete morati popunjavati novu prijavu. Nećemo razmatrati prethodnu prijavu koja je starija od šest mjeseci.

Uz prijavu priložite kopiju barem jedne od sljedećih stavki kao dokaz o vašem prihodu. Ako ste u braku ili ste živjeli sa nekim ko vam je važan 6 mjeseci ili duže, i ta osoba treba poslati kopiju barem jedne od sljedećih stavki kao dokaz o svom prihodu da bismo mogli obraditi prijavu.

- Kopije 3 posljednja platna listića od poslodavca
- Kopije posljednje godišnje poreske prijave (ako ste samozaposleni, priložite sve liste)
- Pismo o socijalnom osiguranju ili dodjeli penzije
- Najnovija godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja ako je podnosilac prijave izdržavano lice navedeno na poreskom obrascu roditelja ili staratelja i mlađe od 25 godina
- Drugi dokumenti za potvrdu prihoda
- Kopija izvoda iz banke iz posljednja 3 mjeseca
- Kopije priznanica o isplati naknade za nezaposlenost

Ako vam pomažu porodica ili prijatelji ili živite u kući sa njima, neka oni popune priloženi obrazac sa naslovom „Pismo podrške“. Na taj način, oni neće prihvatiti odgovornost za vaše račune za zdravstvenu zaštitu. To će nam pokazati kako uspijevate izaći na kraj s troškovima života. Ako ne dobijate pomoć od porodice ili prijatelja, ne trebate popunjavati naš obrazac „Pismo podrške“.

Na kraju, priložite i dokumentaciju koja dokazuje vaše zaostale mjesečne troškove za zdravstvenu zaštitu i lijekove.

Imajte u vidu da se prijava može uzeti u razmatranje samo uz primljenu popunjenu prijavu uz dokaz o prihodu. Nepotpune prijave ne možemo obrađivati niti razmatrati.

Imajte u vidu da komunikacija putem e-pošte preko interneta nije bezbjedna. Iako nije vjerovatno, postoji mogućnost da informacije koje navedete u e-pošti presretnu i pročitaju druga lica a ne samo osoba kojoj su upućene.

Želimo zaštititi vaše osobne informacije i postarati se da one ostanu bezbjedne. Kako prijava sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, savjetujemo vam da je ne šaljete e-poštom.

Odšampajte popunjenu prijavu i pošaljite je poštom na sljedeću adresu:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Ako imate pitanja u vezi sa ovom prijavom, pozovite jednog od naših prijedstavnika za pacijente na 888-693-2252.

Iskreno,

Finansijske usluge za pacijente
AdventHealth