

Obrazac za prijavu za financijsku pomoć



Važno: MOŽDA MOŽETE PRIMITI BESPLATNU SKRB ILI SKRB S POPUSTOM: Ispunjavanje ove prijave će pomoći tvrtki AdventHealth da odredi možete li dobiti besplatne usluge ili usluge s popustom ili druge javne programe koji vam mogu pomoći da platite za svoju zdravstvenu skrb. Molimo pošaljite ovu prijavu na adresu navedenu na popratnom dopisu.

AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE POTREBAN DA IMATE PRAVO NA BESPLATNU SKRB ILI SKRB S POPUSTOM. Međutim, broj socijalnog osiguranja je potreban za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije potrebno ali će pomoći da ADVENTHEALTH odredi imate li pravo na neke javne programe. Ni za jedno pitanje iz prijave označeno "nije obvezno", vaš odgovor (ili nepostojanje odgovora) neće utjecati na ishod prijave.

Molimo ispunite ovaj obrazac i predajte ga tvrtki AdventHealth osobno, poštom, elektronskom poštom ili faksom da biste se prijavili na besplatnu skrb ili skrb s popustom što prije nakon datuma usluge. Prihvatit ćemo vašu prijavu do 240 dana nakon prve fakture za vašu skrb. Podnošenjem ove prijave potvrđujete da ste se u dobroj vjeri potrudili pružiti sve informacije u prijavi kako biste AdventHealth-u pomogli utvrditi ima li pacijent pravo na financijsku pomoć. Ako imate bilo kakvih pitanja o postupku podnošenja prijave, možete kontaktirati odjel za financijsko savjetovanje u AdventHealth s pitanjima ili iznijeti dvojbe na 844-652-0600.

Pritužbe ili dvojbe o postupku podnošenja prijave za popust za pacijenta ili postupak pružanja financijske pomoći za bolnicu može se prijaviti državnom odvjetniku Illinois, Uredu za zdravstvenu skrb (Health Care Bureau). Besplatna telefonska linija Ureda za zdravstvenu skrb je 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informacije o pacijentu

(Molimo pišite tiskanim slovima i sva polja moraju biti popunjena. Ako nije primjenjivo na bilo kojem pojedinom retku u prijavi navedite N/P)

Datum _____ Broj računa _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Broj telefona _____

Nije obvezno - *Spolni identitet – Smatrate li sebe za:* Muškarac Žena Transrodni muškarac/trans muškarac/žena-u muškarca (FTM)

Transrodna žena/trans žena/muškarac u ženu (MTF) Nebinarna/osoba čiji se rod ne može predstaviti kroz identitete muškarca i žene

Dodatna kategorija spola (ili drugo)

Nije obvezno - *Rodni identitet: Koji je spol izvorno naveden u vašem rodnom listu?:* Muški Ženski

Nije obvezno - *Rasa:* Bjelačka Crna ili Afroamerička Američko Indijanska ili domorodac Aljaske Azijatsko Indijanska Kineska

Filipino Japanska Korejska Vijetnamska Druga azijatska Havajska, domorodačka Guamanian ili Chamorro Samoanska

Drugi stanovnik otoka

Nije obvezno - *Etnička pripadnost:* Hispanska, Latino ili španjolskog podrijetla Meksička, Meksičko-američka, Chicano Portorikanska

Kubanska Drugo hispansko, latino ili španjolsko podrijetlo

Nije obvezno - *Jezik - Govorite li drugi jezik u kući, osim engleskog?:* Da Ne

Ako da, koji jezik?: _____

ADVENTHEALTH Financial Assistance Application.CROATIAN.December 2021

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

Nije obvezno - Broj socijalnog osiguranja _____

Poslodavac _____ Status zaposlenja _____

Broj telefona poslodavca _____

Podaci odgovorne strane/podaci o zakonskom staratelju

(Ako je pacijent gore isti kao odgovorna osoba, ovaj odjeljak ostavite praznim.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Telefonski broj _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Savezna država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (nije obvezno) _____

Poslodavac _____ Status zaposlenja _____

Informacije o supružniku odgovorne osobe

(Ako je pacijent isti kao odgovorna strana, popunite podatke o supružniku za pacijenta.)

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Bračni status _____ Telefonski broj _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Savezna država _____ Poštanski broj _____

Broj socijalnog osiguranja (nije obvezno) _____

Poslodavac _____ Status zaposlenja _____

Telefonski broj poslodavca _____

Udržavana osoba odgovorne strane

(Ako je pacijent isti kao odgovorna strana, popunite podatke o supružniku za pacijenta.)

Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Ime _____ Datum rođenja _____ Odnos s odgovornom stranom _____

Broj odraslih osoba i djece koja žive u kućanstvu _____

Mjesečni prihod

(Ispunite iznose za svaku dulje navedenu stavku u dolarima. Navedite mjesečni iznos za svakog.)

Zarađeni prihod podnositelja prijave _____ Prihod	Primljeno uzdržavanje djeteta _____
supružnika podnositelja prijave _____	Primljena alimentacija _____ Prihod
Naknade socijalnog osiguranja _____ Prihod	od najma nekretnine _____
od mirovine _____ Prihod	Bonovi za hranu _____
od invalidnine _____	Primljena dodjela iz zaklade _____ Drugi
Naknada _____ za	prihod _____
nezaposlenost _____ Plaća	Ukupni bruto mjesečni prihod USD _____
radnika Prihod od kamata/dividende _____	

Mjesečni troškovi života

Pacijenti koji vjerojatno ispunjavaju uvjete za financijsku pomoć kako je opisano u Politici financijske pomoći AdventHealth, ne moraju ispuniti ovaj odjeljak.

Hipoteka/najam _____	Uzdržavanje djece/alimentacija _____
Komunalije _____ Telefon	Kreditne kartice _____
(fiksni) _____ Mobitel	Liječnički/bolnički računi _____
_____	Automobil/auto osiguranje _____
Namirnice/hrana _____	Osiguranje kuće/imovine _____
Kabelska/internet/satelitska TV _____	Medicinsko/zdravstveno osiguranje _____
Plaćanje automobila _____	Životno osiguranje _____ Ostali
Čuvanje djece _____	mjesečni troškovi _____
	Ukupni mjesečni troškovi \$ _____

Imovina

Gotovina/štednja/tekući računi _____

Dionice/obveznice/investicije/CD(ovi) _____

Ostale nekretnine/sekundarno mjesto stanovanja _____

Brod/kamper/motocikl/rekreacijsko vozilo _____

Kolekcionarski automobili/automobili koji nisu za svakodnevnu uporabu _____

Zdravstvena štednja/Fleksibilni računa za potrošnju _____

Dajem ovlaštenje tvrtki ADVENTHEALTH za dobivanje informacija od vanjskih kreditnih registara. Potvrđujem da su podaci u ovoj prijavi prema mojim saznanjima istiniti i točni. Podnijet ću prijavu za bilo kakvu državnu, saveznu ili lokalnu pomoć na koju mogu imati pravo, a koji mogu pomoći da platim svoje medicinske račune. Razumijem da ADVENTHEALTH može provjeriti ove podnesene informacije i dajem ovlaštenje tvrtki ADVENTHEALTH da kontaktira treće strane za provjeru točnosti informacija koje su dostavljene u ovoj prijavi. Razumijem da ako svjesno pružim neistinite podatke u ovoj prijavi, neću imati pravo na financijsku pomoć, svaka financijska pomoć koja mi je dodijeljena može se poništiti i bit ću odgovoran/odgovorna za plaćanje računa.

Potpis podnositelja prijave _____

Datum _____

Komentari _____



Pismo podrške

Broj kartona pacijenta/broj računa _____

Ime osobe koja ga/je uzdržava _____

Odnos s pacijentom / podnositeljem prijave _____

Adresa osobe koja ga / ju uzdržava _____

Za AdventHealth:

Ovim se pismom izvješćuje da (ime pacijenta) _____ ima mali ili nikakav prihod i da mu/joj pomažem s troškovima za život. On/ona/ono prema meni ima malu ili nikakvu obvezu.

Potpisivanjem izjave, potvrđujem da su dane informacije istinite prema mojim saznanjima.

Potpis osobe koja ga/ju uzdržava _____

Datum _____



Poštovani pacijenti/podnositelji prijave,

Tvrtka AdventHealth je vođena suosjećanjem i posvećena pružanju personalizirane skrbi za sve - posebno one kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija pružiti financijsku pomoć našim pacijentima. Financijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinski potrebnu skrb. Hvala vam što nam vjerujete u skrbi za vas i vašu obitelj za vaše potrebne zdravstvene skrbi.

Šaljemo ovo pismo i priloženu prijavu za financijsku pomoć jer smo dobili vašu prijavu. Ako to niste zatražili, zanemarite. Ispunite obje strane, uključujući svoj potpis i datum prije nego što ga vratite. Ako ste ispunili prijavu u proteklih šest mjeseci i dobili odobrenje za financijsku pomoć, molimo vas da nas obavijestite. Možda ne morate ispunjavati novu prijavu. Nećemo razmatrati prethodnu prijavu koja je starija od šest mjeseci.

Uz prijavu, kao dokaz o prihodu priložite i primjerak najmanje jedne od sljedećih stavki. Ako ste u braku ili živite s nekim najmanje 6 mjeseci, morat će vam dostaviti i primjerak barem jedne od sljedećih stavki kao dokaz svojih prihoda prije nego što bude moguće obraditi prijavu.

- Primjerke 3 najnovije platne liste od poslodavca
- Primjerke najnovije godišnje prijave poreza (ako ste samozaposleni, uključite sve rasporede)
- Rješenje o dodjeli socijalne pomoći i/ili mirovine
- Najnovija godišnja prijava roditelja ili staratelja, ako je podnositelj prijave naveden na njihovom poreznom obrascu i mlađi od 25 godina
- Ostali dokumenti za provjeru prihoda
- Kopije izvoda od posljednja 3 mjeseca
- Kopija potvrde o primitku naknade za nezaposlene

Ako živite u kući s obitelji ili prijateljima ili primete pomoć od njih, molimo vas da ispune priloženi obrazac pod nazivom "Pismo podrške". To ih neće učiniti odgovornim za vaše račune za liječničku skrb. To će pokazati kako si možete priuštiti troškove života. Ako ne primite nikakvu pomoć obitelji i prijatelja, ne morate ispunjavati obrazac Pismo podrške.

Na kraju, molim vas, priložite i dokumentaciju kao dokaz o vašim mjesečnim troškovima liječenja i lijekarni/lijekova.

Imajte na umu da ispunjena prijava, uz dokaz o prihodu, mora biti primljen kako bi se mogla razmatrati prijava. Ne možemo obraditi ili razmotriti nepotpune prijave.

Imajte na umu da komunikacija putem e-pošte ili putem interneta nije sigurna. Iako je malo vjerojatno, postoji mogućnost da informacije koje priložite u e-pošti presretnu i pročitaju druge strane, osim osobe kojoj je upućena.

Želimo zaštititi vaše osobne podatke i osigurati da oni ostanu sigurni. Budući da aplikacija sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne podatke, molimo vas da se suzdržite od slanja e-pošte.

Molimo, ispišite i pošaljite ispunjenu prijavu na sljedeću adresu:

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

Ako imate bilo kakvih pitanja o ovoj prijavi, molimo pozovite jednog od naših predstavnika za pacijente na 888-693-2252.

S poštovanjem,

Ured financijskih usluga za
pacijente
AdventHealth