

# Wniosek o pomoc finansową



**Ważne:** MOŻE PRZYSŁUGIWAĆ PAŃSTWU OPIEKA BEZPŁATNA LUB ULGI W OPŁATACH: Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże ustalić AdventHealth, czy mogą Państwo korzystać z takiej pomocy lub innych programów publicznych, które pozwalają opłacić opiekę medyczną. Wniosek należy wysłać na adres umieszczony w piśmie przewodnim.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY W PRZYPADKU OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH, KTÓRE CHCĄ STARAĆ SIĘ O DARMOWĄ OPIEKĘ LUB ULGĘ W OPŁATACH. Numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, takich jak Medicaid. Nie trzeba go podawać, jednak pomoże on organizacji AdventHealth określić, czy kwalifikują się Państwo do jakichkolwiek programów publicznych. W przypadku pytań opcjonalnych we wniosku Państwa odpowiedź (lub jej brak) nie będzie mieć wpływu na końcową decyzję.

Należy uzupełnić niniejszy wniosek i złożyć go w placówce AdventHealth osobiście lub przesłać pocztą tradycyjną, elektroniczną lub faksem, aby ubiegać się o opiekę bezpłatną lub ulgę w opłatach tak szybko, jak to możliwe po dacie skorzystania z usługi. Przyjmujemy Państwa wniosek w nieprzekraczalnym terminie do 240 dni po wystawieniu pierwszego rachunku za Państwa opiekę. Składając wniosek, potwierdzają Państwo, że starali się w dobrej wierze zapewnić wszystkie informacje wymagane do wypełnienia wniosku, pozwalające organizacji AdventHealth określić, czy kwalifikują się Państwo do otrzymania pomocy finansowej. W przypadku pytań i wątpliwości związanych ze składaniem wniosku można skontaktować się z działem doradztwa finansowego AdventHealth, dzwoniąc pod numer 844-652-0600.

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o ulgi przez nieubezpieczonych pacjentów lub procesu pomocy finansowej w przypadku korzystania z opieki szpitalnej można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej (ang. Health Care Bureau) przy Prokuratorze Generalnym Illinois. Numer bezpłatnej infolinii Biura Opieki Zdrowotnej to 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

## Informacje o pacjencie

*(Wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami. Jeśli dany wiersz wniosku nie ma zastosowania, należy w takim polu napisać „nie dotyczy”).*

Data \_\_\_\_\_ Numer pacjenta \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

**Pytanie nieobowiązkowe** — Tożsamość płciowa — Jaka jest Państwa tożsamość płciowa?  Mężczyzna  Kobieta  Transpłciowy mężczyzna / transmężczyzna  Transpłciowa kobieta / transkobieta  Osoba niebinarna  Inna tożsamość płciowa

**Pytanie nieobowiązkowe** — Tożsamość płciowa: Jaka płeć widniała na Państwa pierwszym akcie urodzenia?:  Mężczyzna  Kobieta

**Pytanie nieobowiązkowe** — Rasa:  Biała  Czarna lub afroamerykańska  Indiańska lub inuicka  Hinduska  Chińska  Filipińska  Japońska  Koreańska  Wietnamska  Inna azjatycka  Rdzenna hawajska  Guamończyk lub Chamorro  Samońska  Inny mieszkaniec Wysp Pacyfiku

**Pytanie nieobowiązkowe** — Pochodzenie etniczne:  Hispanoamerykańskie, Latynoskie lub Hiszpańskie  Meksykańskie, Amerykanin meksykańskiego pochodzenia, Chicano  Portorykańskie  Kubańskie  Inne pochodzenie hispanoamerykańskie, latynoskie lub hiszpańskie

**Pytanie nieobowiązkowe** — Język — Czy w domu porozumiewają się Państwo innym językiem niż angielski?:  Tak  Nie

Jeśli tak, jaki to język?: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

**Pytanie nieobowiązkowe** — Nr ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Informacje o osobie odpowiedzialnej / opiekunie prawnym

*(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, nie trzeba wypełniać poniższej sekcji.)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

### Informacje o współmałżonku osoby odpowiedzialnej

*(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Stan cywilny \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Pracodawca \_\_\_\_\_ Status zatrudnienia \_\_\_\_\_

Numer telefonu pracodawcy \_\_\_\_\_

### Osoby pozostające na utrzymaniu osoby odpowiedzialnej

*(Jeśli pacjent jest osobą odpowiedzialną, należy wypełnić informacje o współmałżonku takiej osoby.)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z osobą odpowiedzialną \_\_\_\_\_

Liczba osób dorosłych i dzieci zamieszkujących gospodarstwo domowe \_\_\_\_\_

## Miesięczny dochód

(Dla każdej z poniższych pozycji należy podać wartość w USD za jeden miesiąc.)

Dochód wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Dochód współmałżonka wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Świadczenia z systemu ubezpieczeń  
społecznych \_\_\_\_\_

Emerytura \_\_\_\_\_ Renta  
\_\_\_\_\_ Zasiłek

dla bezrobotnych \_\_\_\_\_

Odszkodowanie pracownicze \_\_\_\_\_

Dochód z tytułu odsetek i dywidend \_\_\_\_\_

Alimenty na rzecz dziecka \_\_\_\_\_

Alimenty od współmałżonka \_\_\_\_\_

Dochód z wynajmu \_\_\_\_\_

Talony na jedzenie \_\_\_\_\_

Otrzymane wypłaty z funduszu powierniczego \_\_\_\_\_ Inny  
dochód \_\_\_\_\_

**Łączny miesięczny dochód brutto w USD** \_\_\_\_\_

## Wydatki miesięczne na życie

Pacjenci, którzy potencjalnie kwalifikują się do uzyskania pomocy finansowej, zgodnie z Zasadami udzielania pomocy finansowej AdventHealth, nie muszą wypełniać tej sekcji.

Hipoteka/czynsz \_\_\_\_\_ Media

\_\_\_\_\_ Telefon

domowy \_\_\_\_\_ Telefon

komórkowy \_\_\_\_\_

Artykuły spożywcze \_\_\_\_\_

Telewizja kablowa/internet/

telewizja satelitarna \_\_\_\_\_ Opłaty

za samochód \_\_\_\_\_ Opieka

przedszkolna \_\_\_\_\_

Alimenty na dziecko/współmałżonka \_\_\_\_\_ Karty

kredytowe \_\_\_\_\_

Rachunki za lekarzy/szpital \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie pojazdu \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie domu/nieruchomości \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie zdrowotne \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie na życie \_\_\_\_\_ Inne

wydatki miesięczne \_\_\_\_\_

**Wydatki miesięczne ogółem w USD** \_\_\_\_\_

## Aktywa

Konto gotówkowe/oszczędnościowe/czekowe \_\_\_\_\_

Akcje/obligacje/inwestycje/certyfikaty depozytowe \_\_\_\_\_

Inne nieruchomości \_\_\_\_\_

Łódź/kamper/motocykl/samochód rekreacyjny \_\_\_\_\_

Pojazdy kolekcjonerskie \_\_\_\_\_

Zdrowotne konto oszczędnościowe/konto na zmienne wpłaty/wydatki \_\_\_\_\_

Upoważniam organizację ADVENTHEALTH do uzyskiwania informacji od zewnętrznych biur informacji kredytowej. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i prawidłowe, zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę ubiegać się o każdą pomoc, do której mogę się kwalifikować, od władz stanowych, federalnych czy lokalnych, umożliwiającą opłacenie mi rachunków za usługi medyczne. Rozumiem, że organizacja ADVENTHEALTH może zweryfikować zapewnione przeze mnie informacje, dlatego też upoważniam ją do kontaktu ze stronami trzecimi w celu weryfikacji informacji zamieszczonych w niniejszym wniosku. Jestem świadomy(-a), że jeśli umyślnie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę się kwalifikować do uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może zostać wycofana, a ja zostanę obciążony(-a) kwotą rachunku (rachunków).

Podpis wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Uwagi** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Deklaracja wsparcia

Numer dokumentacji medycznej pacjenta/numer pacjenta \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby zapewniającej wsparcie \_\_\_\_\_

Stopień powiązania/pokrewieństwa z pacjentem/wnioskodawcą \_\_\_\_\_

Adres osoby zapewniającej wsparcie \_\_\_\_\_

Do organizacji AdventHealth:

Niniejsze pismo ma na celu poinformowanie, że (imię nazwisko pacjenta) \_\_\_\_\_ uzyskuje niewielki dochód lub nie uzyskuje go wcale, a ja pomagam pokrywać koszty utrzymania powyższej osoby. Ma ona wobec mnie niewielkie lub żadne zobowiązania.

Podpisując to oświadczenie, potwierdzam, że podane informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis osoby zapewniającej wsparcie \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Szanowny Pacjencie/Wnioskodawco,

organizacja AdventHealth angażuje się w zapewnienie spersonalizowanej opieki dla wszystkich osób — szczególnie tych najbardziej potrzebujących. Oferowanie wsparcia finansowego dla naszych pacjentów jest naszą misją i przywilejem. Z pomocy finansowej można korzystać wyłącznie w przypadku korzystania z opieki w nagłych lub medycznie koniecznych przypadkach. Dziękujemy, że w nasze ręce w zakresie opieki medycznej powierzają Państwo potrzeby swoje i swojej rodziny.

W związku z Państwa wnioskiem przesyłamy niniejsze pismo oraz dołączony do niego wniosek o pomoc finansową. Jeśli nie składali Państwo takiego wniosku, proszę zignorować tę wiadomość. Przed odesłaniem tego dokumentu należy wypełnić jego obie strony, złożyć podpis i opatrzyć go datą. Jeśli wypełnili Państwo wniosek w ciągu ostatnich sześciu miesięcy i przyznano Państwu pomoc finansową, należy nas o tym fakcie powiadomić. Nie będzie trzeba wypełniać nowego wniosku. Nie będziemy rozważać wniosku, który ma więcej niż sześć miesięcy.

Wraz z wnioskiem jako dowód dochodu należy dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów. Jeśli pozostają Państwo w związku małżeńskim lub mieszkają Państwo z bliską sobie osobą przez od co najmniej 6 miesięcy, przed rozpatrzeniem wniosku taka osoba będzie musiała dostarczyć kopię co najmniej jednego z poniższych dokumentów jako dowód swoich dochodów.

- Kopie 3 ostatnich odcinków wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie ostatniego rocznego zeznania podatkowego (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą należy dołączyć wszystkie formularze)
- Decyzja o przyznaniu świadczeń socjalnych i/lub świadczenia emerytalnego
- Ostatnie roczne zeznanie podatkowe rodziców lub opiekunów, jeśli wnioskodawca jest osobą pozostającą na ich utrzymaniu i nie ukończył 25. roku życia
- Inne dokumenty poświadczające dochód
- Kopie wyciągów bankowych z ostatnich 3 miesięcy
- Kopia wypłaty zasiłku dla bezrobotnych

Jeśli otrzymują Państwo pomoc od rodziny lub przyjaciół, lub jeśli z nimi Państwo mieszkają, należy poprosić takie osoby o wypełnienie dołączonej do niniejszego pisma „Deklaracji wsparcia”. Po wypełnieniu takiego dokumentu nie będą oni odpowiedzialni za Państwa rachunki medyczne. Dokument pokaże jednak, w jakim stopniu są Państwo w stanie pokryć swoje koszty utrzymania. W przypadku braku wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, nie trzeba wypełniać Deklaracji wsparcia.

Prosimy również, by dostarczyć dokumentację jako dowód Państwa nieopłaconych miesięcznych

kosztów za usługi medyczne / leki.

Wniosek będzie mógł zostać rozpatrzony, jeśli zostanie wypełniony i dostarczony naszej organizacji wraz z zaświadczeniem o dochodach. Nie możemy zacząć rozpatrywać wniosków, które nie są w pełni wypełnione.

Proszę pamiętać, że wiadomości wysyłane za pośrednictwem poczty elektronicznej nie są bezpieczne. Choć jest to mało prawdopodobne, istnieje możliwość, że informacje zamieszczone w wiadomościach e-mail mogą zamiast do adresata, trafić w ręce niepowołanych stron trzecich.

Chcemy chronić Państwa dane osobowe i zapewnić ich bezpieczeństwo. Prosimy o niewysyłanie wiadomością elektroniczną Państwa wniosków, ponieważ zawarte są w nich informacje prywatne, takie jak numer ubezpieczenia społecznego.

Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami i przesłać go na następujący adres:

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

W przypadku jakichkolwiek pytań na temat tego wniosku należy zadzwonić do przedstawiciela pacjentów naszej organizacji pod numer 888-693-2252.

Z poważaniem

Biuro Usług Finansowych dla Pacjentów  
AdventHealth