

# Formular za prijavu za finansijsku pomoć



**Važno:** MOŽDA MOŽETE DA DOBIJETE BESPLATNU NEGU ILI NEGU PO SNIŽENOJ CENI: Popunjavanje ove aplikacije će pomoći AdventHealth-u da utvrdi da li možete da primete besplatne ili usluge po sniženoj ceni ili druge javne programe koji vam mogu pomoći da platite usluge vaše zdravstvene zaštite. Molimo dostavite ovu prijavu na adresu navedenu u prapratnom pismu.

AKO STE NEOSIGURANI, NIJE POTREBAN BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA DA BISTE SE KVALIFIKOVALI ZA BESPLATNU NEGU ILI NEGU PO SNIŽENOJ CENI. Međutim, broj socijalnog osiguranja je neophodan za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje broja socijalnog osiguranja nije potrebno, ali će pomoći AdventHealth-u da utvrdi da li se kvalifikujete za bilo koji javni program. Za sva pitanja koja se odnose na prijavu označena sa „opcion“, vaš odgovor (ili neodgovor) neće imati uticaja na ishod prijave.

Molimo vas da popunite ovaj formular i podnesete ga AdventHealth-u lično, poštom, elektronskom poštom ili faksom da biste se prijavili za besplatnu ili uslugu po sniženoj ceni nege što je pre moguće nakon datuma usluge. Prihvaćemo vašu prijavu do 240 dana nakon prvog izvoda računa za vašu negu. Podnošenjem ove prijave potvrđujete da ste u dobroj nameri dostavili sve potrebne informacije u aplikaciji kako biste pomogli kompaniji AdventHealth da utvrdi da li pacijent ispunjava uslove za finansijsku pomoć. Ako imate bilo kakvih pitanja u vezi s procesom prijave, možete kontaktirati odeljenje za finansijsko savetovanje AdventHealth s pitanjima ili nedoumicama na 844-652-0600.

Žalbe ili zabrinutosti u vezi sa procesom prijave popusta za neosigurane pacijente ili procesom finansijske pomoći za bolnicu mogu se prijaviti Zavodu za zdravstvenu zaštitu Državnog tužioca Ilinoisa. Besplatna telefonska linija zavoda za zdravstvenu zaštitu je 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

## Podaci o pacijentu

*(Molimo pišite štampanim slovima i popunite sva polja. Navedite N/A ako nije primenljivo na bilo kom pojedinačnom redu u prijavi)*

Datum \_\_\_\_\_ Broj računa \_\_\_\_\_

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračno stanje \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

**Opciono** – Rodni identitet – Da li mislite o sebi kao:  Muško  Žensko  Transrodni muškarac/trans muškarac/žena koja menja spol u muškarca (FTM)  Transrodna žena/trans žena/muško žensko (MTF)  Nebinarna osoba/rodno nekonformisana ni isključivo muško ni žensko

Dodatna kategorija pola (ili drugo)

**Opciono** – rodni identitet: Koji je pol prvobitno bio naveden u vašem izvodu iz matične knjige rođenih?  Muško  Žensko

**Opciono** – Rasa:  Bela  Crna ili Afroamerikanac  Indijanac ili Aljaski Indijanac  Indijanac Azije  Kinez  Filipinac  Japanac

Korejanac  Vijetnamac  Drugi Azijat  Havajski starosedeo  Gvamci ili Čamori  Samoanac  Ostalo Pacifički ostrvljan

**Opciono** – Etnička pripadnost:  Hispano, Latino/a ili Špansko poreklo  Meksikanac, Meksički Amerikanac, Čikano/a  Portorikanac

Kubanac  Još jedno latino, latino/a ili špansko poreklo

**Opciono** – Jezik – Da li kod kuće govorite jezik koji nije engleski?  Da  Ne

Ako da, koji jezik govorite? \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**Opciono** – broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

### Podaci o odgovornoj strani/zakonskom staratelju

*(Ako je gore navedeni pacijent isti kao odgovorna strana, ostavite ovaj odeljak prazan.)*

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračno stanje \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

### Podaci o supružniku odgovorne strane

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

Ime (ime i prezime) \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Bračno stanje \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

Poštanska adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja (opciono) \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Status zaposlenja \_\_\_\_\_

Broj telefona poslodavca \_\_\_\_\_

### Izdržavana lica odgovorne strane

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

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Veza sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Veza sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Veza sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Ime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_ Veza sa odgovornom stranom \_\_\_\_\_

Broj odraslih i dece koji žive u domaćinstvu \_\_\_\_\_

## Mesečni prihod

(Upišite iznose u dolarima za svaku dole navedenu stavku. Navedite mesečni iznos za svaku.)

Zarađeni prihodi podnosioca _____ Prijave	Primljeno izdržavanje za _____ Decu
Prihodi _____	Primljena alimentacija _____
Supružnika Primanja _____	Prihodi od _____
Socijalnog osiguranja Prihodi _____ Od	Iznajmljivanja _____
penzije/penzionisanja Prihodi _____ Od	Imovine Bonovi za hranu Primljena raspodela _____
invalidnosti Naknada za _____	Povereničkih fondova Ostali prihodi _____
Nezaposlene Naknada za radnike Prihodi od _____	<b>Ukupan bruto mesečni prihod \$ _____</b>
Kamata/dividende _____	

## Mesečni troškovi života

Pacijenti za koje se pretpostavlja da ispunjavaju uslove za finansijsku pomoć kao što je opisano u Politici finansijske pomoći kompanije AdventHealth nisu obavezni da popune ovaj odeljak.

Hipoteka/iznajmljivanje _____	Izdržavanje dece/alimentacija _____
Komunalne _____ Usluge	Kreditne kartice _____
Telefon (fiksni) _____ Mobilni	Lekar/bolnički računi _____
telefon _____	Auto/auto osiguranje Osiguranje _____
Namirnice/hrana _____	Kuće/imovine _____
Kablovska/internet/satelitska televizija _____	Medicinsko/zdravstveno _____
Plaćanje automobila _____ Briga o	Osiguranje Životno _____
deci _____	Osiguranje Ostali mesečni _____
	<b>Troškovi Ukupni mesečni troškovi \$ _____</b>

## Sredstva

Gotovina/štednja/tekovni računi \_\_\_\_\_

Akcije/obveznice/investicije/CD(ovi) \_\_\_\_\_

Ostale nekretnine/sekundarno \_\_\_\_\_

Prebivalište Brod/kampon/motocikl/rekreativno vozilo \_\_\_\_\_

Automobili za prikupljanje/automobili koji nisu neophodni Zdravstvena štednja/vozilo \_\_\_\_\_

Fleksibilnog računa potrošnje \_\_\_\_\_

Ovlašćujem ADVENTHEALTH-u da dobije informacije od spoljnih agencija za kreditno izveštavanje. Potvrđujem da su informacije u ovoj aplikaciji istinite i tačne po mom najboljem saznanju. Prijaviću se za bilo koju državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju bih mogao da budem kvalifikovan da pomognem u plaćanju mojih medicinskih računa. Razumem da ADVENTHEALTH može da verifikuje ove informacije i ovlašćujem ADVENTHEALTH-u da kontaktira treće strane kako bi proverio tačnost informacija navedenih u ovoj aplikaciji. Razumem da ako svesno dam netačne informacije u ovoj prijavi, neću imati pravo na finansijsku pomoć, svaka finansijska pomoć koja mi je dodeljena može biti poništena, a ja ću biti odgovoran za plaćanje računa.

Potpis podnosioca zahteva \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Napomene \_\_\_\_\_





# Pismo o uzdržavanju

Broj medicinske dokumentacije pacijenta/broj računa \_\_\_\_\_

Ime podržavaoca \_\_\_\_\_

Odnos prema pacijentu/podnosiocu zahteva \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Za AdventHealth:

Ovim pismom vas obaveštavam da (ime pacijenta) prima male ili \_\_\_\_\_ nikakve prihode i da ja pomažem u njegovim/njenim životnim troškovima. On/ona/oni imaju malo ili nikakve obaveze prema meni.

Potpisivanjem ove izjave potvrđujem da su date informacije istinite po mom najboljem saznanju.

Potpis izdržavaoca \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Poštovani pacijenti/podnosioci prijave,

AdventHealth je vođen saosećanjem i posvećen pružanju personalizovane nege za sve – posebno za one kojima je najpotrebnija. Naša je misija i privilegija da ponudimo finansijsku pomoć našim pacijentima. Finansijska pomoć je dostupna samo za hitnu i drugu medicinski neophodnu negu. Hvala vam što nam verujete da brinemo o vama i vašoj porodici za vaše zdravstvene potrebe.

Šaljemo ovo pismo i priloženu prijavu za finansijsku pomoć jer smo primili vaš zahtev. Ako ovo niste tražili, molimo vas da zanemarite dopis. Molimo da popunite obe strane, stavite svoj potpis i datum

i vratite nam prijavu. Ako ste popunili prijavu u poslednjih šest meseci i ako vam je odobrena finansijska pomoć, obavestite nas. Možda nećete morati da popunite novu prijavu. Nećemo razmatrati raniju prijavu stariju od šest meseci.

Uz prijavu dostavite kopiju najmanje jedne od sledećih stavki kao dokaz o vašim prihodima. Ako ste

u braku ili ste živeli sa vama važnom osobom 6 meseci ili duže, oni će takođe morati da prilože kopiju najmanje jedne od sledećih stavki kao dokaz o svom prihodu pre nego što se prijava može obraditi.

- Kopije 3 poslednje platne liste od poslodavca
- Kopije poslednje godišnje poreske prijave (ako ste samozaposleni, uključite sve priloge)
- Rešenje o odobravanju socijalnog osiguranja i/ili penzije
- Poslednja godišnja poreska prijava roditelja ili staratelja, ako je podnosilac izdržavano lice navedeno u njihovom poreskom obrascu i mlađe od 25 godina
- Drugi dokazni dokumenti o prihodu
- Kopije bankovnih izvoda za poslednja 3 meseca
- Kopija potvrde o primanju naknade za nezaposlene

Ako primate pomoć ili živite u domu sa porodicom ili prijateljima, neka popune priloženi obrazac sa oznakom „Pismo podrške“. To ih neće učiniti odgovornim za vaše medicinske račune. Ovo će vama pomoći da pokažete kako ste u mogućnosti da podmirujete troškove života. Ako ne dobijate pomoć od porodice i prijatelja, ne morate da popunjavate obrazac za pismo o uzdržavanju.

Na kraju, molimo vas da dostavite i dokumentaciju kao dokaz vaših neizmirenih mesečnih medicinskih troškova i troškova apoteke/lekova.

Imajte na umu da popunjena prijava zajedno sa dokazom o prihodima mora biti primljena da bi se prijava razmatrala. Nismo u mogućnosti da obradimo ili razmotrimo nepotpune prijave.

Molimo da imate na umu da komunikacija putem e-pošte preko interneta nije bezbedna. Iako je to malo verovatno, postoji mogućnost da informacije koje uključite u e-poruku mogu presresti i pročitati druge strane osim osobe kojoj su upućene.

Želimo da zaštitimo vaše lične podatke i osiguramo da oni ostanu bezbedni. Pošto prijava sadrži vaš broj socijalnog osiguranja i druge privatne informacije, strogo preporučamo da je ne šaljete e-poštom.

Odšampajte i pošaljite svoju popunjenu prijavu poštom na sledeću adresu:

AdventHealth PFS  
Pažnja: Odeljenje za finansijsku pomoć  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Ako imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovom aplikacijom, pozovite jednog od naših predstavnika pacijenata na 888-693-2252.

S poštovanjem,

Patient Financial Services  
AdventHealth