

ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ UNIVERSITY HOSPITALS

Ako smatrate da zadovoljavate uvjete za financijsku pomoć, ispunite ovaj zahtjev. Zahtjev mora biti u potpunosti ispunjen i potpisan da bi se uzeo u obzir.

Ako imate pitanja ili nedoumica vezano za ovaj zahtjev ili Vam je potrebna pomoć pri ispunjavanju, **nazovite nas na (866) 771-7266 ili dodite u bilo koju UH bolnicu.**

Ime pacijenta: _____ Datum rođenja pacijenta: _____ Datum usluge: _____
 Adresa: _____ Bračno stanje: _____ Broj računa: _____
 Grad: _____ Br. telefona: _____ Bolnica u koju ste primljeni: _____
 Savezna država: _____ Poštanski broj: _____

Jeste li na datum usluge imali prebivalište u saveznoj državi Ohio? Da Ne

Imate li zdravstveno osiguranje koje obuhvaća ove usluge? Da Ne *Ako je odgovor da, unesite informacije u nastavku i priložite kopiju kartice osiguranja*

Naziv osiguravajućeg društva: _____ Br. police _____ Br. grupe: _____

Zadovoljavate li uvjete osiguranja prema Zakonu o osiguranju (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act – COBRA)? Da Ne

Primate li potporu Medicaid? Da Ne *Ako je odgovor da, unesite br. računa za fakturiranje _____ i priložite kopiju kartice Medicaid*

Imate li Program naknade troškova za zdravstvo (Health Reimbursement Arrangement) Štedni račun za zdravstvo (Health Savings Account)
 Račun za fleksibilnu potrošnju (Flexible Spending Account)

U nastavku navedite sve članove kućanstva. Navedite roditelje, supružnike (neovisno o tome žive li u istom domu) i djecu (vlastitu ili posvojenju) mlađu od 18 godina, koja žive u istom kućanstvu kao i pacijent. Priložite kopije dokumenata o prihodima, kao što su potvrde o plaći, odluka o socijalnom osiguranju, naknade za ozljede na radu, povrat poreza ili se obratite financijskom savjetniku UH-a kako biste provjerili koje druge dokumente možete predati kao dokaz da zadovoljavate uvjete za financijsku pomoć.

Članovi obitelji pacijenta	Dob	Srodstvo s pacijentom	Izvor prihoda ili naziv poslodavca	Prihodi u 3 mjeseca koja prethode datumu usluge	Prihodi u 12 mjeseci koji prethode datumu usluge
Pacijent –		osobno			
2.					
3.					
4.					
5.					

Ako ste prethodno naveli приход od 0,00 USD, navedite kratko objašnjenje kako ste se (ili pacijent) tijekom navedenog razdoblja financijski održali.

Također imam račune sa sljedećih lokacija UH-a: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Svojim potpisom potvrđujem da su odgovori navedeni u ovom zahtjevu istiniti prema mojim saznanjima. Shvaćam da je svjesno davanje lažnih informacija u svrhu iskorištavanja državnih potpora protuzakonito. Nadalje, shvaćam da druge strane mogu upotrebljavati informacije koje ovdje navedem. Ovime ih ovlašćujem da ih upotrebljavaju.

Potpis odgovorne osobe: X _____ Datum: _____

Potpis predstavnika UH-a: X _____ Datum: _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

MEDICINSKI NEOPHODNI TROŠKOVI NASTALI U PRETHODNOJ KALENDARSKOJ GODINI

Ovaj obrazac upotrebljava se za identifikaciju medicinski neophodnih troškova kako biste mogli provjeriti zadovoljavate li uvjete za dodatnu financijsku pomoć prema Pravilniku o financijskoj pomoći UH-a.

ISPUNITE ISKLJUČIVO AKO STE OSIGURANI PACIJENT KOJI TRAŽI FINANCIJSKU POMOĆ ILI AKO STE NEOSIGURANA OSOBA ČIJI JE PRIHOD VEĆI OD 250 % SMJERNICA O SIROMAŠTVU SAD-A

Navedite sve bolničke, liječničke i ljekarničke usluge koje su Vam pružene i koje ste obvezni platiti iz prethodne kalendarske godine. Imajte na umu da je za sve troškove potrebno predati objašnjenje troškova koje plaća osiguranje (explanation of benefits, EOB).

<u>PRUŽATELJ USLUGE</u>	<u>DATUM USLUGE</u>	<u>PLAĆA PACIJENT</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

UKUPNI DUG PACIJENTA ZA OVU KALENDARSKU GODINU

Potrebna Vam je pomoć pri ispunjavanju ovog zahtjeva? Nazovite nas na broj (866) 771-7266

Ispunjeni zahtjev predajte organizaciji University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED Date Completed: _____