

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ UNIVERSITY HOSPITALS

Wniosek należy wypełnić, jeśli wnioskodawca uważa, że może się kwalifikować do otrzymania pomocy finansowej. W celu rozpatrzenia wniosku należy złożyć dokładnie wypełniony i podpisany formularz.

W przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących tego wniosku lub konieczności uzyskania pomocy podczas jego wypełniania należy zadzwonić pod numer (866) 771-7266 lub udać się do dowolnej placówki UH.

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia pacjenta: _____ Data wykonania usługi: _____
 Adres: _____ Stan cywilny: _____ Nr rachunku: _____
 Miejscowość: _____ Tel.: _____ Placówka przyjmująca: _____
 Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Czy w dniu wykonania usługi mieszkał(a) Pan/Pani w stanie Ohio? Tak Nie

Czy ma Pan/Pani ubezpieczenie zdrowotne obejmujące te usługi? Tak Nie *Jeśli tak, prosimy wpisać dane i dołączyć kopię karty ubezpieczenia*

Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy _____ Nr grupy: _____

Czy spełnia Pan/Pani kryteria przepisów COBRA? Tak Nie

Czy otrzymuje Pan/Pani świadczenia Medicaid? Tak Nie *Jeśli tak, prosimy podać nr rozliczeniowy _____ i dołączyć kopię karty Medicaid*

Czy posiada Pan/Pani Umowę dot. zwrotu kosztów opieki zdrowotnej Rachunek oszczędnościowy na cele zdrowotne Elastyczny rachunek wydatków

Poniżej prosimy wymienić wszystkich członków swojego gospodarstwa domowego. Należy uwzględnić rodziców, współmałżonków (bez względu na to, czy mieszkają w tym samym domu) i dzieci (biologiczne i przysposobione) do 18 lat, mieszkających w jednym domu z pacjentem. Należy dołączyć kopie dokumentów potwierdzających przychody, np. paski wypłaty, decyzje dotyczące ubezpieczenia społecznego, odszkodowania pracownicze i zeznania podatkowe, albo skontaktować się z doradcą ds. finansów UH, żeby omówić inne potwierdzenia, jakie można przedstawić w celu wykazania spełnienia kryteriów.

Pacjent i jego krewni	Wiek	Stosunek łączący osobę z pacjentem	Źródło przychodów lub nazwa pracodawcy	Przychody za 3 miesiące przed datą wykonania usługi	Przychody za 12 miesięcy przed datą wykonania usługi
Pacjent		sam pacjent			
2.					
3.					
4.					
5.					

Jeśli powyżej podano, że przychody wyniosły 0,00 USD, należy krótko wyjaśnić, jak udało się Panu/Pani (lub pacjentowi) przetrwać finansowo w okresie wskazanym wyżej.

Otrzymuję także rachunki z następujących lokalizacji UH: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA ||
 HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Złożenie podpisu na niniejszym formularzu stanowi oświadczenie, że według mojej najlepszej wiedzy i przekonania odpowiedzi udzielone we wniosku są zgodne z prawdą. Mam świadomość, że umyślne podanie nieprawdziwych informacji w celu uzyskania świadczeń jest sprzeczne z prawem. Wiadomo mi także, że informacje podane we wniosku mogą zostać wykorzystane przez podmioty trzecie. Niniejszym upoważniam te podmioty do wykorzystania informacji.

Podpis osoby upoważnionej: X _____

Data: _____

Podpis przedstawiciela UH: X _____

Data: _____

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

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

WYDATKI NIEZBĘDNE ZE WZGLĘDÓW MEDYCZNYCH PONIESIONE W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM

W niniejszym formularzu należy wskazać bieżące wydatki niezbędne ze względów medycznych w celu ustalenia, czy wnioskodawca kwalifikuje się jako odbiorca dodatkowej pomocy w ramach UH Financial Assistance Policy (Zasad udzielania pomocy finansowej UH).

DO WYPELNIENIA WYŁĄCZNIE PRZEZ UBEZPIECZONYCH PACJENTÓW UBIELAJĄCYCH SIĘ O POMOC LUB W PRZYPADKU NIEUBEZPIECZONYCH PACJENTÓW O DOCHODZIE WIĘKSZYM NIŻ 250% POZIOMU UBÓSTWA OKREŚLONEGO W WYTYCZNYCH FEDERALNYCH

Prosimy wymienić wszystkie usługi szpitali, lekarzy i aptek, które obciążają wnioskodawcę w związku z usługami wyświadczonymi w ubiegłym roku kalendarzowym. Uwaga: do wszystkich wydatków należy dołączyć zestawienie świadczeń ubezpieczeniowych.

<u>ŚWIADCZENIODAWCA</u>	<u>DATA WYKONANIA USŁUGI</u>	<u>DO ZAPŁATY PRZEZ PACJENTA</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

SUMA NALEŻNOŚCI PACJENTA W BIEŻĄCYM ROKU KALENDARZOWYM _____

Czy ma Pan/Pani pytania dotyczące sposobu wypełniania wniosku? Jeśli tak, prosimy zadzwonić pod numer (866) 771-7266

Wypełniony wniosek należy wysłać na adres: 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: _____