



Jeśli obecny lub były współmałżonek lub partner pacjenta jest jego poręczycielem lub jeśli rodzic lub opiekun jest poręczycielem nieletniego pacjenta, należy podać następujące dane:

Imię i nazwisko poręczyciela: \_\_\_\_\_

Adres poręczyciela: \_\_\_\_\_

Numer telefonu poręczyciela: (    ) \_\_\_\_\_

Czy pacjent był mieszkańcem stanu Illinois, gdy podlegał opiece szpitala?    tak  nie

Czy pacjent uczestniczył w domniemanym wypadku?    tak  nie

Czy pacjent był ofiarą domniemanego przestępstw    tak  nie

### **Dodatkowe informacje (opcjonalnie)**

Ta sekcja jest wymagana przez stan Illinois. Odpowiedzi lub ich brak nie będą miały żadnego wpływu na wynik postępowania. Zaznacz poniżej właściwe odpowiedzi.

#### PŁEĆ (prawna):

Mężczyzna:

Kobieta:

Niebinarna:

Inne: \_\_\_\_\_

Wolę nie mówić:

#### POCHODZENIE ETNICZNE:

Hiszpańskie lub latynoskie:

Inne niż hiszpańskie lub latynoskie:

Wolę nie mówić:

#### RASA:

Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski:

Azjatycka:

Czarna lub afroamerykańska:

Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku:

Biała:

Inne: \_\_\_\_\_

Wolę nie mówić:

#### PREFEROWANY JEZYK:

Angielski:

Hiszpański:

Inne: \_\_\_\_\_

Wolę nie mówić:

## **2) Informacje dotyczące rodziny**

Liczba osób w rodzinie pacjenta lub gospodarstwie domowym. \_\_\_\_\_

Liczba osób na utrzymaniu pacjenta\* \_\_\_\_\_

(\* liczba osób, za które pacjent odpowiada finansowo)

Wiek poszczególnych osób na utrzymaniu pacjenta: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

### 3) Informacje o zatrudnieniu i dochodach rodziny

Czy pacjent, współmałżonek albo partner pacjenta, lub (w przypadku pacjenta niepełnoletniego) rodzice albo opiekunowie pacjenta są aktualnie zatrudnieni?    tak     nie

Jeśli tak, nazwa pracodawcy: \_\_\_\_\_ Telefon (    ) \_\_\_\_\_

Nazwa drugiego pracodawcy: \_\_\_\_\_ Telefon (    ) \_\_\_\_\_

Nazwa trzeciego pracodawcy: \_\_\_\_\_ Telefon (    ) \_\_\_\_\_

**4) Miesięczny dochód rodziny brutto — proszę załączyć ostatnie rozliczenie podatku federalnego.** Dodatkowo proszę załączyć najnowszą dokumentację poświadczającą dochód rodziny, np. paski wynagrodzenia z ostatnich 2 miesięcy, rozliczenia świadczeń, pisma informujące o przyznaniu świadczeń, decyzje sądowe lub inne dokumenty. Do dochodu rodziny wlicza się dochód pacjenta, współmałżonka lub partnera, albo (w przypadku pacjenta niepełnoletniego) dochód rodziców lub opiekunów pacjenta z następujących źródeł:

Szacowany dochód miesięczny

- Wynagrodzenie z tytułu pracy ..... \_\_\_\_\_
- Samozatrudnienie ..... \_\_\_\_\_
- Zasilek dla bezrobotnych ..... \_\_\_\_\_
- Świadczenia z ubezpieczenia społecznego ..... \_\_\_\_\_
- Świadczenia z ubezpieczenia społecznego z tytułu Niepełnosprawności ..... \_\_\_\_\_
- Emerytura kombatancka ..... \_\_\_\_\_
- Renta kombatancka ..... \_\_\_\_\_
- Świadczenia z prywatnego ubezpieczenia z tytułu niepełnosprawności ..... \_\_\_\_\_
- Odszkodowania pracownicze ..... \_\_\_\_\_
- Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie (TANF) ..... \_\_\_\_\_
- Emerytura ... ..... \_\_\_\_\_
- Świadczenia na dzieci, alimenty lub inne wsparcie współmałżonka ..... \_\_\_\_\_
- Inne dochody ..... \_\_\_\_\_

### 5) Środki finansowe i ich szacowana wartość

Wartość środków

- Konto rozliczeniowe ..... \_\_\_\_\_
- Oszczędności ..... \_\_\_\_\_
- Akcje ..... \_\_\_\_\_
- Świadczenia depozytowe ... ..... \_\_\_\_\_
- Fundusze inwestycyjne ... ..... \_\_\_\_\_
- Konta w spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych ..... \_\_\_\_\_
- Zdrowotne konta oszczędnościowe (HSA) / konta pracownika powiązane z planem kafeteryjnym (FSA) ..... \_\_\_\_\_

### 6) Informacje o ubezpieczeniu/świadczeniach:

Czy pacjent jest objęty jakimkolwiek planem?    tak     niu

Jeśli tak, proszę zaznaczyć plan:

- Medicare             Medicare, część D             Medicare, uzupełnienie  
 Medicaid             Świadczenia dla weteranów  
 Ubezpieczenie zdrowotne: nazwa planu: \_\_\_\_\_

### 7) Oświadczenie:

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą informacje w tym wniosku są prawdziwe i dokładne. Będę się ubiegać o każde wsparcie stanowe, federalne lub lokalne, do którego mogę się zakwalifikować, aby umożliwić opłacenie tego rachunku za pobyt w szpitalu i/lub za opiekę lekarską. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i wyrażam zgodę na kontakt szpitala z podmiotami trzecimi, aby zweryfikować prawidłowość informacji podanych w tym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie zakwalifikuję się do wsparcia finansowego, wszelkie przyznane mi wsparcie finansowe może zostać wycofane i będę odpowiadać za opłacenie rachunku szpitalnego. Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o zniżkę dla nieubezpieczonych pacjentów lub procesu pomocy finansowej szpitala można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois za pośrednictwem <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> lub dzwoniąc pod numer 1-877-305-5145.

\_\_\_\_\_  
 Nazwa wnioskodawcy (drukowane litery)

\_\_\_\_\_  
 Podpis pacjenta lub wnioskodawcy

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data