

Wymagana dokumentacja dodatkowa

Proszę dostarczyć wymienione poniżej dokumenty. Ich niedostarczenie może spowodować opóźnienie rozpatrzenia lub odrzucenie Pana/Pani wniosku. Jeśli dostarczenie dokumentacji jest niemożliwe, proszę dostarczyć pismo wyjaśniające.

- ✓ Wypełniony i podpisany wniosek o wsparcie finansowe
- ✓ Ważny dokument identyfikacyjny ze zdjęciem (prawo jazdy, paszport, stanowy dokument tożsamości lub ważny dokument tożsamości wydany przez instytucję rządową)
- ✓ Dowód zamieszkania na terenie stanu Illinois (*należy dostarczyć **co najmniej jeden** z poniższych dokumentów w przypadku braku ważnego prawa jazdy stanu IL lub dokumentu tożsamości wydanego przez władze stanu IL*)
 - Dowód najmu lub dzierżawy
 - Ostatni rachunek za użytkowanie mediów z adresem na terenie stanu Illinois
 - Pismo z instytucji rządowej lub innego wiarygodnego źródła
 - Pismo ze schroniska dla bezdomnych
 - Karta rejestracji wyborcy
- ✓ Dokumenty podatkowe (*proszę dostarczyć poniższe dokumenty*)
 - Ostatnie rozliczenie podatku federalnego (wraz ze wszystkimi tabelami podatkowymi)
 - ORAZ** ostatnie formularze W-2 i 1099
- ✓ Potwierdzenie dochodu rodziny (*proszę dostarczyć poniższe dokumenty dla pacjenta/poręczyciela i dla każdego członka gospodarstwa domowego pacjenta/poręczyciela, w tym współmałżonka lub partnera*)
 - Kopie pasków wynagrodzenia z ostatnich 2 miesięcy (od pracodawcy, z tytułu bezrobocia, z ubezpieczenia społecznego)
 - Pisemne potwierdzenie dochodu w przypadku wypłat w gotówce
- ✓ Potwierdzenie posiadanych środków (*proszę dostarczyć wszystkie stosowne dokumenty dotyczące środków wymienionych poniżej*)
 - Rachunki rozliczeniowe/oszczędnościowe
 - Akcje
 - Świadectwa depozytowe
 - Fundusze inwestycyjne
 - Zdrowotne konta oszczędnościowe (HSA) / konta pracownika powiązane z planem kafeteryjnym (FSA)
 - Konta w spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych

Dokumenty dodatkowe/inne:

- ✓ Wypełniony i podpisany formularz „Authorization to Release Information” (Zgoda na udostępnianie informacji), jeśli złożono pozew w związku z chorobą, wypadkiem lub obrażeniami ciała związanymi z pracą.
- ✓ Główne miejsce zamieszkania własność wynajem inne _____
- ✓ Dodatkowe miejsce zamieszkania własność wynajem brak inne _____

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 przestępstwa? tak nie

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..... _____
- ymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie
- (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) _____

- Emerytura..... _____
- Świadczenia na dzieci, alimenty lub inne wsparcie współmałżonka..... _____
- Inne dochody..... _____

5) Środki finansowe i ich szacowana wartość

	<u>Wartość środków</u>
• 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 ubezpieczeniowym? tak nie

Jeśli tak, proszę zaznaczyć plan:

Medicare Medicare, część D (Medicare Part D) Medicare, uzupełnienie (Medicare Supplement)

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 szpitalnego. 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.

 Podpis pacjenta lub wnioskodawcy
Patient or Applicant Signature

____/____/____
 Data
Date

 Doradca finansowy / przedstawiciel ośrodka Rush
Rush Financial Counselor/Representative

____/____/____
 Data
Date