



Rush Copley Medical Center
2000 Ogden Avenue, Aurora, IL 60504

Szanowny pacjencie/poręczycielu!

Wnioskuje Pan(i) o ocenę pod kątem uprawnienia do bezpłatnej lub objętej rabatem opieki w ramach programu pomocy finansowej szpitala Copley Memorial w odniesieniu do rachunków szpitalnych. Decyzje dotyczące udzielenia pomocy zostaną oparte na porównaniu statusu finansowego z wytycznymi dotyczącymi dochodu ustalonymi przez amerykański Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej (Department of Health and Human Services) publikowane co roku w rejestrze federalnym.

Ważne: MOŻE PAN(I) BYĆ UPRAWNIONY(-A) DO UZYSKANIA BEZPŁATNEJ LUB OBJĘTEJ RABATEM OPIEKI: Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże szpitalowi Copley Memorial ustalić, czy może Pan(i) uzyskać bezpłatne lub objęte rabatem usługi lub inne programy publiczne, które pomogą opłacić opiekę zdrowotną. Prosimy przesłać ten formularz do szpitala.

W PRZYPADKU OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH INFORMUJEMY, ŻE NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY W CELU ZAKWALIFIKOWANIA DO BEZPŁATNEJ LUB OBJĘTEJ RABATEM OPIEKI. Numer ubezpieczenia społecznego jest jednak wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, włączając Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, pomoże jednak szpitalowi ustalić uprawnienie do innych programów publicznych.

Prosimy o wypełnienie tego formularza i przekazanie go do szpitala osobiście, pocztą, pocztą elektroniczną lub faksem, aby ubiegać się o bezpłatną lub objętą rabatem pomoc w ciągu 60 dni od daty wypisania lub rachunku za opiekę szpitalną.

Pacjent potwierdza, że podjął wysiłki w dobrej wierze, aby przekazać wszystkie informacje wymagane we wniosku i pomóc szpitalowi w ustaleniu uprawnienia do pomocy finansowej.

Należy dołączyć i przesłać poniższe informacje dodatkowe:

- **Najbardziej aktualne formularze zwrotu podatku federalnego i stanowego**
- **Dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia lub czeki ubezpieczenia od bezrobocia lub pisemne oświadczenie o dochodach od pracodawcy za ubiegłe dwa (2) miesiące**
- **Formularze zatwierdzające/odrzucające uprawnienie do zasiłku z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracowniczego lub pomocy od Wydziału Pomocy Publicznej (Department of Public Aid)**
- **Zestawienie miesięcznych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub odmowy przyznania świadczeń z ubezpieczenia społecznego**
- **Wyciąg z kont czekowych i oszczędnościowych za dwa (2) ubiegłe miesiące**

Należy najpierw wyczerpać wszelkie źródła płatności przed rozpatrzeniem możliwości zastosowania pomocy finansowej. Przykłady innych źródeł płatności obejmują: wszelkie ubezpieczenia medyczne, płatników będących stroną trzecią, roszczenia odszkodowawcze, odszkodowania pracownicze lub inne programy publiczne.

Jeśli nie może Pan(i) dostarczyć jakichkolwiek z wymaganych informacji, należy dołączyć POŚWIADCZONE NOTARIALNIE pismo ze szczegółowym wyjaśnieniem. W przypadku osób obecnie bezrobotnych należy podać datę przejścia na bezrobocie, powód odejścia z pracy oraz datę planowanego powrotu do pracy.

W przypadku spełnienia domniemyanych kryteriów uprawniających zdefiniowanych w przepisach lub biorąc pod uwagę dochód rodziny nie jest Pan(i) zobowiązany do zapewnienia informacji o miesięcznych kosztach lub szacunkowych wartości kosztów.

W przypadku konieczności uzyskania pomocy lub dodatkowych informacji należy kontaktować się z działem usług finansowych dla pacjentów szpitala Copley Memorial od poniedziałku do piątku pod numerem 630-978-4990 w godzinach pracy od 8:00 do 17:00.

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ Phone

RUSH-COPLEY MEDICAL CENTER, WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ:

WYMAGANE: Najbardziej aktualne formularze zwrotu podatku federalnego i stanowego, dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia lub czeki ubezpieczenia od bezrobocia lub pisemne oświadczenie o dochodach od pracodawcy za ubiegłe dwa (2) miesiące, formularze zatwierdzające/odrzucające uprawnienie do zasiłku z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracowniczego lub pomocy od Wydziału Pomocy Publicznej, zestawienie miesięcznych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub odmowy przyznania świadczeń z ubezpieczenia społecznego oraz wyciąg z kont czekowych i oszczędnościowych za dwa (2) ubiegłe miesiące.

Imię i nazwisko wnioskodawcy (imię, nazwisko, inicjał)

Data urodzenia wnioskodawcy:

Numer ubezpieczenia społecznego wnioskodawcy:

Numer telefonu domowego wnioskodawcy:

Adres zamieszkania (włączając ulicę i adres korespondencyjny):

Miasto:

Stan:

Kod pocztowy:

Miejsce zatrudnienia wnioskodawcy :

Numer telefonu służbowego wnioskodawcy:

Adres pracodawcy (adres korespondencyjny, miasto, stan, kod pocztowy):

Wynagrodzenie miesięczne brutto:

Mieszkaniec Illinois :

Adres e-mail :

Imię i nazwisko współmałżonka (imię, nazwisko, inicjał):

Data urodzenia współmałżonka :

Numer ubezpieczenia społecznego współmałżonka

Numer telefonu domowego współmałżonka

Adres zamieszkania (włączając ulicę i adres korespondencyjny):

Miasto:

Stan:

Kod pocztowy :

Miejsce zatrudnienia współmałżonka :

Numer telefonu służbowego współmałżonka

Adres pracodawcy (adres korespondencyjny, miasto, stan, kod pocztowy):

Wynagrodzenie miesięczne brutto:

Mieszkaniec Illinois :

Adres e-mail :

OSOBY NA UTRZYMANIU (zgodnie z definicją w wytycznych amerykańskiego urzędu skarbowego (Internal Revenue Services))

IMIĘ I NAZWISKO

WIEK

RELACJA / POKREWIEŃSTWO

1

2

3

4

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ ☐ Phone

INNE ŹRÓDŁA DOCHODU		
	Własna osoba/miesięcznie	SpoWspółmałżonek/miesięcznie use / Monthly
Zasiłek z pomocy społecznej		
Emerytury/dochód z tytułu niepełnosprawności		
Alimenty		
Odszkodowania pracownicze		
Świadczenia dla osób bezrobotnych		
Dochód z dzierżawy		

ZASOBY		
Nieruchomość	Lokalizacja: Właściciel: T lub N Najem: T lub N Wartość rynkowa nieruchomości: \$ Kwota należna za nieruchomość: \$	
Konto czekowe	Nazwa i adres banku: Numer konta: : Bieżące saldo: \$	
Konto oszczędnościowe	Nazwa i adres banku: Numer konta: : Bieżące saldo: \$	
Certyfikaty depozytu	Nazwa i adres banku: Kwota CD: \$ Data wykupu:	
Akcje	Wartość:	
Fundusz wzajemny/obligacje	Wartość:	
Ubezpieczenie zdrowotne / elastyczne konto oszczędnościowe	Nazwa i adres firmy: Numer polisy: Dostępna kwota w gotówce: \$	

MONTHLY EXPENSES		
Płatności czynszu lub za dom	\$	Media: Oświetlenie, ogrzewanie i woda \$
Żywność	\$	Transport \$
Opieka nad dziećmi	\$	Pożyczki \$
Wydatki medyczne	\$	
		ŁĄCZNIE \$

INNE DŁUGI (karty kredytowe, medyczne, edukacja)				
Nazwa i adres kredytodawcy	Co zakupiono	Sfinansowana Kwota	Niezapłacone Saldo	Płatności Miesięczne
1		\$	\$	\$
2		\$	\$	\$
3		\$	\$	\$
4		\$	\$	\$
5		\$	\$	\$
			ŁĄCZNIE	\$

Potwierdzam, że informacje, które podałem(-am) w niniejszym wniosku, są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją wiedzą. Złożę wniosek o wszelką pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę być uprawniony(-a), aby pomóc w opłaceniu rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do kontaktu ze stronami trzecimi w celu weryfikacji dokładności informacji podanych w tym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę uprawniony(-a) do pomocy finansowej, wszelka przyznana pomoc finansowe może zostać cofnięta i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie całej kwoty rachunku szpitalnego.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data: _____ Czas: _____

Podpis współmałżonka: _____ Data: _____ Czas: _____

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ Phone