

Wniosek o wsparcie finansowe

Dzisiejsza data _____

Imię i nazwisko pacjenta _____ Numer dokumentacji medycznej _____

WAŻNE: może Pan/Pani zakwalifikować się do otrzymywania bezpłatnej lub tańszej opieki medycznej:

Wypełnienie tego wniosku ułatwi ośrodkowi Rush University Medical Center, Rush-Copley Medical Center i/lub Rush Oak Park Hospital (Rush) ustalenie, czy kwalifikuje się Pan/Pani do bezpłatnych lub tańszych usług albo innych programów publicznych, mogących ułatwić opłacanie opieki medycznej. Proszę przekazać ten wniosek do szpitala Rush.

Jeśli nie jest Pan/Pani objęty(-a) ubezpieczeniem, numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany do zakwalifikowania.

Jednak numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany do niektórych programów publicznych, w tym do programu Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymogiem koniecznym, jednak pomoże szpitalowi Rush ustalić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do jakichkolwiek programów publicznych.

Proszę wypełnić ten formularz i dostarczyć go do szpitala Rush osobiście, pocztą, pocztą elektroniczną lub faksem, aby się ubiegać o bezpłatną lub tańszą **opiekę w ciągu 240 dni od dnia wypisania ze szpitala lub przepisania leczenia ambulatoryjnego**. Wniosek należy przesłać wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami uzupełniającymi do rozpatrzenia.

Informacje na temat tego, jak skontaktować się z Rush, jeśli potrzebna jest pomoc w wypełnieniu niniejszego wniosku, pojawiły się pytania lub potrzebne jest więcej informacji na temat wniosku o pomoc finansową lub zasad jego udzielania, znajdują się na stronie 5 niniejszego wniosku. Znajdują się tam również informacje o tym, gdzie zwrócić wniosek.

Pacjent potwierdza, że dołożył wszelkich starań, aby dostarczyć wszystkie informacje wymagane we wniosku w celu ułatwienia szpitalowi Rush ustalenia, czy kwalifikuje się do wsparcia finansowego.

Informacje dotyczące pacjenta					
Imię i nazwisko		Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia	
Adres domowy		Miasto		Stan	Kod pocztowy
Domowy numer telefonu		Numer telefonu komórkowego		Adres e-mail	
Preferowany sposób kontaktu ☐ Adres w USA ☐ E-mail ☐ Telefon domowy ☐ Komórka				Roczny dochód gospodarstwa domowego	
Stan cywilny ☐ Zamężna/Żonaty ☐ Kawaler/Panna ☐ W separacji ☐ Po rozwodzie ☐ Wdowa/Wdowiec					
Liczba osób w gospodarstwie domowym		Liczba osób na utrzymaniu pacjenta		Wiek poszczególnych osób na utrzymaniu pacjenta	
Status zatrudnienia ☐ Zatrudniony(-a) ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Emeryt(ka) ☐ Niepełnosprawny(-a) ☐ Bezrobotny(-a)					
Nazwa pracodawcy				Numer telefonu	
Adres pracodawcy		Miasto		Stan	Kod pocztowy
Nazwa oferty pracodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, w tym COBRA				☐ Pracodawca nie oferuje ubezpieczenia zdrowotnego	

Współmałżonek, partner, rodzic lub gwarant (w stosownych przypadkach)			
Imię i nazwisko		Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia
Adres domowy		Miasto	Stan Kod pocztowy
Domowy numer telefonu	Numer telefonu komórkowego	Adres e-mail	
Pokrewieństwo ☐ Małżonek ☐ Partner ☐ Rodzic ☐ Gwarant ☐ Inny			
Status zatrudnienia ☐ Zatrudniony(-a) ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Emeryt(ka) ☐ Niepełnosprawny(-a) ☐ Bezrobotny(-a)			
Nazwa pracodawcy		Numer telefonu	
Adres pracodawcy		Miasto	Stan Kod pocztowy
Nazwa oferty pracodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, w tym COBRA		☐ Pracodawca nie oferuje ubezpieczenia zdrowotnego	

Ubezpieczenia		
Czy jest Pan/Pani objęty(-a) ubezpieczeniem lub kwalifikuje się do jakiegokolwiek polisy ubezpieczenia zdrowotnego?		
☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, sprawdzić plan ☐ Medicare ☐ Medicare Supplement ☐ Medicare Part D ☐ Veterans' Benefits ☐ Illinois Medicaid ☐ Medicaid poza stanem ☐ Inny:		
Imię i nazwisko ubezpieczającego	Plan ubezpieczenia	Numer polisy
Nazwisko ubezpieczającego (jeśli polisa druga)	Plan ubezpieczenia	Numer polisy

Kwestionariusz	
Czy pacjent był rezydentem stanu Illinois w momencie udzielania opieki przez szpital? ☐ Tak ☐ Nie	
Czy pacjent brał udział w wypadku? ☐ Tak ☐ Nie	
Jeśli tak, ☐ Wypadek samochodowy ☐ Obrażenia w miejscu pracy ☐ Inny:	
Czy zatrudnił(-a) Pan/Pani prawnika lub jest w trakcie dochodzenia roszczenia za szkodę lub chorobę? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę podać:	
Imię i nazwisko prawnika	Numer telefonu prawnika
Czy pacjent był ofiarą domniemanego przestępstwa? ☐ Tak ☐ Nie	
Dodatkowe informacje (opcjonalnie)	
Prawo stanu Illinois wymaga uwzględnienia tej części w tym wniosku. Odpowiedzi lub ich brak nie będą miały żadnego wpływu na wynik postępowania.	
Płeć (oficjalna) ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Niebinarna ☐ Wolę nie mówić ☐ Inny	
Pochodzenie etniczne ☐ Hiszpańskie lub latynoskie ☐ Nie hiszpańskie lub latynoskie ☐ Wolę nie mówić	
Rasa ☐ Rdzenni Indianie amerykańscy i alaskańscy ☐ Azjatycka ☐ Afrykanie i afroamerykanie ☐ Rdzenni mieszkańcy Hawajów i innych wysp pacyfiku ☐ Biała ☐ Wolę nie mówić ☐ Inna	
Preferowany język ☐ Angielski ☐ Hiszpański ☐ Wolę nie mówić ☐ Inny	

Weryfikacja dochodów

Proszę załączyć dowód dochodu rodziny. Dopuszczalna dokumentacja dotycząca dochodów rodziny powinna obejmować **jeden** z następujących dokumentów: (a) kopia ostatniego zeznania podatkowego; (b) kopia ostatniego formularza W-2 i 1099; (c) kopie dwóch ostatnich pasków wypłat; (d) pisemne potwierdzenie dochodu od pracodawcy, jeśli wynagrodzenie wypłacane jest gotówką; lub (e) uzasadniona forma potwierdzenia dochodu przez stronę trzecią. *Dochód rodzinny to suma rocznych dochodów rodziny z tytułu świadczeń pieniężnych ze wszystkich źródeł dochodu przed opodatkowaniem, pomniejszona o płatności na utrzymanie dzieci.*

	Szacowany dochód miesięczny
Wynagrodzenie z tytułu pracy	
Samozatrudnienie	
Zasiłek 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 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)	
Emerytura	
Świadczenia na dzieci, alimenty lub inne wsparcie współmałżonka	
Inne dochody	
Środki finansowe i ich szacowana wartość	Wartość środków
Konto rozliczeniowe	
Oszczędności	
Akcje	
Świadectwa depozytowe	
Fundusze inwestycyjne	
Zdrowotne konta oszczędnościowe (HSA) / konta pracownika powiązane z planem kafejnym (FSA)	

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 Rush i wyrażam zgodę na kontakt Rush 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 dzwoniąc pod numer 1-877-305-5145.

Imię i nazwisko wnioskodawcy (drukowane litery)

Podpis pacjenta lub wnioskodawcy

Data

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.

- ☐ W pełni 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 tymczasowego prawa jazdy osoby odwiedzającej)
 - Umowa najmu
 - Ostatni rachunek za media
 - Pismo z instytucji rządowej lub innego wiarygodnego źródła
 - Pismo ze schroniska dla bezdomnych, domu przejściowego lub innej podobnej placówki weryfikującej miejsce zamieszkania
 - Karta rejestracji wyborcy
 - Oświadczenie członka rodziny pacjenta, który mieszka pod tym samym adresem i przedstawia weryfikację miejsca zamieszkania
 - Każdy z dokumentów wymienionych poniżej w sekcji Weryfikacja dochodu rodziny
- ☐ Weryfikacja dochodu rodziny (Należy zapewnić **dowolny** z następujących dokumantów:)
 - Kopia najnowszego zeznania podatkowego;
 - Kopia najnowszego formularza W-2 i formularzy z 1099 r.;
 - Kopie dwóch ostatnich odcinków wypłaty;
 - Pisemne potwierdzenie dochodów od pracodawcy; w przypadku wypłaty gotówką; lub
 - Uzasadniona forma weryfikacji dochodów osób trzecich uznana za dopuszczalną przez firmę Rush
- ☐ Potwierdzenie posiadanych środków (proszę dostarczyć wszystkie stosowne dokumenty dotyczące środków wymienionych poniżej)
 - Rachunki rozliczeniowe/oszczędnościowe
 - Akcje
 - Świadcstwa depozytowe
 - Fundusze inwestycyjne
 - Zdrowotne konta oszczędnościowe (HSA) / konta pracownika powiązane z planem kafeteryjnym (FSA)

Dokumenty dodatkowe/inne:

- ☐ Wypełniony i podpisany formularz „Authorization to Release Information” (Upoważnienie do ujawniania informacji) w przypadku złożenia pozwu związanego z chorobą, wypadkiem lub obrażeniami związanymi z pracą.
- ☐ Główne miejsce zamieszkania? ☐ Własne ☐ Wynajęte ☐ Inne _____
- ☐ Dodatkowe miejsce zamieszkania? ☐ Własne ☐ Wynajęte ☐ Inne _____

Kontakt z Rush

Jeśli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu tego wniosku, mają pytania lub potrzebują więcej informacji na temat wniosku o pomoc finansową lub zasad, lub mają pytania dotyczące szacowania, prosimy o kontakt z Rush pod numerem:

Rush University Medical Center Telefon: (312) 942-5967 Adres e-mail: financial_counselor@rush.edu	Rush Copley Medical Center Telefon: (630) 978-4990 Adres e-mail: RC_Business_Office@rush.edu	Rush Oak Park Hospital Telefon: (708) 660-5603 Adres e-mail: financial_counselor@rush.edu
---	---	---

Wypełniony wniosek należy zwrócić na adres:

Rush University Medical Center 1653 Kongres Pkwy Rm. 415 Atrium Bldg. Do wiadomości: Doradcy finansowi Chicago, IL 60612 Przesłanie przez MyChart: MyChart.rush.edu	Centrum medyczne Rush Copley Dział usług finansowych dla pacjentów Dept 2000 Ogden Avenue Aurora, IL 60504 Przesłanie przez MyChart: MyChart.rush.edu	Szpital Rush Oak Park 520 S. Oddział rejestracji Maple Ave Attn: Doradca finansowy Oak Park, IL 60304 Przesłanie przez MyChart: MyChart.rush.edu
--	--	--