



Rush Copley Medical Center

Szanowny pacjencie/poręczycielu!

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

Ważne: MOŻE PAN(I) BYĆ UPRAWNIONY(-A) DO UZYSKANIA BEZPŁATNEJ LUB OBJĘTEJ RABATEM OPIEKI: wypełnienie niniejszego wniosku pomoże ustalić szpitalowi Rush Copley Medical Center, czy jest Pan(i) uprawniony(-a) do uzyskania bezpłatnych lub objętych rabatem usług lub innych programów publicznych, 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 SIĘ DO BEZPŁATNEJ LUB OBJĘTEJ RABATEM OPIEKI. Numer ubezpieczenia społecznego jest jednak wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, w tym 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 tradycyjną, pocztą elektroniczną lub faksem, aby ubiegać się o bezpłatną lub objętą rabatem pomoc w ciągu 240 dni od daty wypisu 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 uzupełniające:

- 📄 **Najbardziej aktualne formularze rozliczenia podatkowego federalnego i stanowego**
- 📄 **Dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia lub czeki ubezpieczenia od bezrobocia, lub pisemne oświadczenie o dochodach od pracodawcy za ubiegłe 2 (dwa) miesiące**
- 📄 **Formularze o zatwierdzeniu/odmowie statusu bezrobocia, odszkodowania pracowniczego lub pomocy od Wydziału Pomocy Publicznej (Department of Public Aid)**
- 📄 **Zestawienie miesięcznych świadczeń ubezpieczenia społecznego lub odmowy przyznania świadczeń ubezpieczenia społecznego**
- 📄 **Wyciąg z kont czekowych i oszczędnościowych za 2 (dwa) ubiegłe miesiące.**

Przed rozpatrzeniem pomocy finansowej muszą być wyczerpane wszelkie inne źródła płatności. 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 wymaganych informacji, należy dołączyć POŚWIADCZONE NOTARIALNIE pismo ze szczegółowym wyjaśnieniem. W przypadku osób aktualnie bezrobotnych należy podać datę przejścia na bezrobocie, powód odejścia z pracy oraz datę planowanego powrotu do pracy.

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

W przypadku konieczności uzyskania pomocy lub dodatkowych informacji należy skontaktować się z działem usług finansowych dla pacjentów szpitala (Patient Financial Services Department) Rush Copley Medical Center od poniedziałku do piątku pod numerem 630-978-4990 w godzinach pracy od 8.00 do 17.00.

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ:

WYMAGANE: ❶ Najbardziej aktualne formularze rozliczenia podatkowego federalnego i stanowego, ❷ dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia lub czeki ubezpieczenia od bezrobocia, lub pisemne oświadczenie o dochodach od pracodawcy za ubiegłe 2 (dwa) miesiące, ❸ formularze o zatwierdzeniu/odmowie statusu osoby bezrobotnej, odszkodowania pracowniczego lub pomocy od Wydziału Pomocy Publicznej, ❹ zestawienie miesięcznych świadczeń ubezpieczenia społecznego oraz ❺ dowody płatności czynszu/raty kredytu hipotecznego za 2 (dwa) ubiegłe miesiące ❻ wyciąg z kont czekowych i oszczędnościowych za 2 (dwa) ubiegłe miesiące. Udzielenie lub nieudzielenie odpowiedzi na pytania opcjonalne nie będzie mieć wpływu na wynik rozpatrzenia wniosku.

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)

--

Data urodzenia wnioskodawcy	Numer ubezpieczenia społecznego wnioskodawcy	Numer telefonu domowego wnioskodawcy

Adres zamieszkania (podać adres domu i adres korespondencyjny)

--

Miejscowość	Stan	Kod pocztowy

Miejsce zatrudnienia wnioskodawcy	Numer telefonu służbowego wnioskodawcy

Rasa (opcjonalnie)	Pochodzenie etniczne (opcjonalnie)	Płeć (opcjonalnie)	Preferowany język (opcjonalnie)

Wynagrodzenie miesięczne brutto	Mieszkaniec Illinois	Adres e-mail

Imię i nazwisko małżonka(-i) (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)

--

Data urodzenia małżonka(-i)	Numer ubezpieczenia społecznego małżonka(-i)	Numer telefonu domowego małżonka(-i)

Adres zamieszkania (podać adres domu i adres korespondencyjny)

--

Miejscowość	Stan	Kod pocztowy

Miejsce zatrudnienia małżonka(-i)	Numer telefonu służbowego małżonka(-i)

Adres pracodawcy (adres korespondencyjny, miejscowość, stan, kod pocztowy)

--

Wynagrodzenie miesięczne brutto	Mieszkaniec Illinois	Adres e-mail

OSOBY NA UTRZYMANIU (zgodnie z definicją w wytycznych amerykańskiego urzędu skarbowego (United States Internal Revenue Services))			
IMIĘ I NAZWISKO	WIEK	RELACJA / POKREWIEŃSTWO	
1			
2			
3			
4			

INNE ŹRÓDŁA DOCHODU				
	Własna osoba / miesięcznie	Małżonek(-ka)/miesięcznie		
Świadczenia pomocy społecznej				
Emerytury / dochód z tytułu niepełnosprawności				
Alimenty / alimenty na dzieci				
Odszkodowania pracownicze				
Świadczenia z tytułu bezrobocia				
Dochód z dzierżawy				
ZASOBY				
Nieruchomość	Lokalizacja: _____ Właściciel: T lub N Najem: T lub N Wartość rynkowa nieruchomości: _____ USD Kwota należna za nieruchomość: _____ USD			
Konto czekowe	Nazwa i adres banku: _____ Numer konta: _____ Bieżące saldo: _____ USD			
Konto oszczędnościowe	Nazwa i adres banku: _____ Numer konta: _____ Bieżące saldo: _____ USD			
Certyfikaty depozytu	Nazwa i adres banku: _____ Kwota CD: _____ USD Data wykupu: _____			
Akcje	_____ Wartość: _____			
Fundusz wzajemny/ obligacje	_____ Wartość: _____			
Ubezpieczenie zdrowotne / elastyczne konto oszczędnościowe	Nazwa i adres firmy: _____ Numer polisy: _____ Dostępna kwota w gotówce: _____ USD			
WYDATKI MIESIĘCZNE				
Płatności czynszu lub za dom	USD	Media: oświetlenie, ogrzewanie i woda		
Żywność	USD	Transport		
Opieka nad dziećmi	USD	Pożyczki		
Wydatki medyczne	USD			
		ŁĄCZNIE USD		
INNE DŁUGI (karty kredytowe, medyczne, edukacja)				
Nazwa i adres kredytodawcy	Co zakupiono	Sfinansowana kwota	Niezapłacone saldo	Płatności miesięczne
1		USD	USD	USD
2		USD	USD	USD
3		USD	USD	USD
4		USD	USD	USD
5		USD	USD	USD
			ŁĄCZNIE	USD

Potwierdzam, że informacje, które podałem(-am) w niniejszym wniosku, są zgodne z prawdą i dokładne na podstawie posiadanej wiedzy. 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 nieprawidłowe informacje w tym wniosku, nie będę uprawniony(-a) do pomocy finansowej, wszelka przyznana pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie całej kwoty rachunku szpitalnego. Wszelkie skargi i wątpliwości związane z procesem składania wniosku o rabat lub przyznania przez szpital pomocy finansowej dotyczące pacjentów nieubezpieczonych można kierować do biura opieki zdrowotnej (Health Care Bureau) prokuratora generalnego stanu Illinois za pośrednictwem strony internetowej: <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data: _____

Podpis małżonka(-i): _____ Data: _____