

Wniosek o pomoc finansową

Ważne: MOŻESZ OTRZYMAĆ BEZPŁATNĄ OPIEKĘ MEDYCZNĄ LUB ZNIŻKĘ NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ: Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże UChicago Medicine AdventHealth (UCM-AH) określić, czy możesz otrzymać usługi bezpłatne lub po obniżonych cenach lub skorzystać z innych programów publicznych, które mogą pomóc w opłaceniu kosztów opieki zdrowotnej. Prosimy o przesłanie tego wniosku do UCM-AH.

W PRZYPADKU OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY, ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO BEZPŁATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB OPIEKI ZDROWOTNEJ W OBNIŻONEJ CENIE. Niektóre programy publiczne, w tym Medicaid, wymagają jednak numeru ubezpieczenia społecznego. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże nam ustalić, czy kwalifikujesz się do programów publicznych.

Niniejszy formularz należy wypełnić i przekazać nam osobiście, przesłać pocztą lub pocztą elektroniczną, aby ubiegać się o bezpłatną opiekę zdrowotną lub opiekę zdrowotną w obniżonej cenie w ciągu 240 dni od daty wypisu ze szpitala lub otrzymania opieki ambulatoryjnej.

Pacjent(-ka) potwierdza, że dołożył(-a) w dobrej wierze wszelkich starań w celu dostarczenia wszystkich informacji wymaganych we wniosku, aby pomóc UCM-AH w ustaleniu, czy pacjent(-ka) kwalifikuje się do pomocy finansowej.

Instrukcje: Wszystkie pola muszą zostać wypełnione, chyba że zaznaczono inaczej.

Numer dokumentacji medycznej: _____

Informacje dotyczące pacjenta

Nazwisko, Imię

Data urodzenia

Ulica

Miasto, Stan, Kod pocztowy

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalne)

Adres e-mail

Numer telefonu domowego

Alternatywny numer telefonu

Rasa (opcjonalnie — azjatycka, czarna, mieszana, biała itp.)

Pochodzenie etniczne (opcjonalnie — inne niż latynoskie, Kubańczyk, Meksykanin itp.)

Płeć metrykalna (mężczyzna/kobieta/nieznana)

Preferowany język

Status zatrudnienia

Imię i nazwisko / Nazwa pracodawcy

Wniosek o pomoc finansową

Adres (ulica) pracodawcy

Adres (miasto, stan, kod pocztowy) pracodawcy, Numer telefonu pracodawcy

Czy pacjent był mieszkańcem stanu Illinois w momencie świadczenia opieki? ☐ Tak ☐ Nie

Czy byłeś ofiarą wypadku lub przestępstwa? ☐ Tak ☐ Nie

Czy pacjenta posiada którąkolwiek z poniższych polis ubezpieczeniowych: Ubezpieczenie zdrowotne, Medicare, Medicare część D, dodatek do Medicare, Medicaid i/lub świadczenia dla weteranów? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to którą polisę i jaki jest numer polisy/członka: _____

Czy ktoś inny niż pacjent jest odpowiedzialny finansowo za opiekę medyczną w oparciu o byłego małżonka/partnera/postępowanie w sprawie rozwiązania małżeństwa, jeśli jest rozwiedziony lub w separacji? (Wymagana dokumentacja) ☐ Tak ☐ Nie

Informacje dotyczące gwaranta

Nazwisko, Imię

Data urodzenia

Ulica

Miasto, Stan, Kod pocztowy

Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie)

Numer telefonu

Status zatrudnienia

Imię i nazwisko / Nazwa pracodawcy

Adres (ulica) pracodawcy

Adres (miasto) pracodawcy, Adres (stan) pracodawcy, Adres (kod pocztowy) pracodawcy, Numer telefonu pracodawcy

Źródło dochodu (przykłady obejmują wynagrodzenie, samozatrudnienie, zasiłek dla bezrobotnych, ubezpieczenie społeczne, zasiłek dla niepełnosprawnych z ubezpieczenia społecznego, rentę dla weteranów, zasiłek dla weteranów z ubezpieczenia społecznego, prywatne zasiłki dla niepełnosprawnych, odszkodowania dla pracowników, tymczasową pomoc dla rodzin potrzebujących, dochód emerytalny, alimenty na dzieci, alimenty lub inne świadczenia dla małżonka, inne dochody)

Wniosek o pomoc finansową

Miesięczny dochód brutto rodziny za ostatnie
12 miesięcy

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym
pacjenta

Jeśli dochód wynosi 0 USD, wybierz jedną z poniższych opcji:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Niepełnosprawny(-a) | ☐ Mieszka z krewnym(-i) | ☐ Bezdomny(-a) |
| ☐ Emerytowany(-a) | ☐ Mieszka ze znajomymi | ☐ Bezrobotny(a-) |

Liczba osób będących na utrzymaniu

Wiek osób będących na utrzymaniu

Pojazdy w gospodarstwie domowym, w tym
samochody/łódzie/kampery

Saldo konta rozliczeniowego/oszczędnościowego

Posiadane nieruchomości i ich wartość

Akcje/depozyty/fundusze inwestycyjne

Konto oszczędnościowe / elastyczne konto płatnicze przeznaczone na opiekę zdrowotną

Informacje o miesięcznych wydatkach / szacowanych wydatkach

Sekcja A — Wstępna kwalifikowalność

Informacje na temat kryteriów wstępnej kwalifikowalności znajdują się w poniższej tabeli. Jeżeli pacjent lub członek jego rodziny spełnia którekolwiek z kryteriów wymienionych poniżej, informacje wymagane w Części B nie są potrzebne. Jeśli pacjent lub jego rodzina nie spełniają żadnego z wymienionych poniżej kryteriów wstępnej kwalifikowalności, należy przejść do wypełnienia Sekcji B. *Jeśli kryteria wstępnej kwalifikowalności nie są spełnione, a Sekcja B jest niekompletna, sekcja Informacje o miesięcznych wydatkach / szacowanych wydatkach niniejszego wniosku zostanie uznana za niekompletną.*

Kryteria	Należy wskazać odpowiedź	Wymagane informacje dodatkowe
Program żywienia kobiet, niemowląt i dzieci (WIC, ang. <i>Women, Infants and Children</i>)	☐ Tak ☐ Nie	Dokumentacja potwierdzająca, że pacjent kwalifikuje się
Program dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP, ang. <i>Supplemental Nutrition Assistance Program</i>)	☐ Tak ☐ Nie	
Programy bezpłatnych lunchów i śniadań w stanie Illinois	☐ Tak ☐ Nie	
Program pomocy energetycznej dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LIHEAP, ang. <i>Low Income Home Energy Assistance Program</i>)	☐ Tak ☐ Nie	
Dofinansowanie na usługi medyczne Należy określić nazwę program: _____	☐ Tak ☐ Nie	Pismo z programu potwierdzające kwalifikowalność
Program społecznościowy zapewniający dostęp do opieki medycznej Należy określić nazwę program: _____	☐ Tak ☐ Nie	

Wniosek o pomoc finansową

Kwalifikowalność do Medicaid, ale nie w dniu świadczenia usługi lub w przypadku usługi nieobjętej ubezpieczeniem	☐ Tak ☐ Nie	Nie jest wymagana żadna dodatkowa dokumentacja.
Upadłość osoby fizycznej	☐ Tak ☐ Nie	Numer sprawy: _____ Data wypisu ze szpitala: _____
Niepełnosprawność umysłowa i brak osoby, która mogłaby działać w imieniu pacjenta	☐ Tak ☐ Nie	Pisemne oświadczenie lekarza lub rodziny pacjenta
Zmarły bez majątku	☐ Tak ☐ Nie	Kopia aktu zgonu pacjenta
Osadzony	☐ Tak ☐ Nie	Nie jest wymagana żadna dodatkowa dokumentacja.
Bezdomność	☐ Tak ☐ Nie	Adres schroniska _____ Numer telefonu do schroniska _____

Sekcja B — Wymagane szczegółowe informacje

Mieszkanie

Żywność

Opieka nad dzieckiem

Koszty leczenia

Media

Transport

Pożyczki

Inne wydatki

Zaświadczenie i podpis pacjenta

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i prawidłowe. Złożę wniosek o jakąkolwiek pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę być uprawniony(-a), aby pomóc w opłaceniu rachunków za opiekę medyczną w szpitalu. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital, i upoważniam UCM-AH do kontaktowania się ze stronami trzecimi w celu sprawdzenia prawidłowości informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje we wniosku, nie będę kwalifikować się do pomocy finansowej, wszelka przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę ponosić odpowiedzialność za opłacenie rachunku.

Podpis pacjenta lub wnioskodawcy

Data wypełnienia

Wniosek o pomoc finansową

W jaki sposób złożyć wniosek

	UChicago Medicine AdventHealth Bolingbrook	UChicago Medicine AdventHealth GlenOaks	UChicago Medicine AdventHealth Hinsdale	UChicago Medicine AdventHealth La Grange
Osobiście	500 Remington Boulevard Bolingbrook, IL 60440	701 Winthrop Avenue Glendale Heights, IL 60139	120 North Oak Street Hinsdale, IL 60521	5101 South Willow Springs Road La Grange, IL 60525
Pocztą	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193			
Pocztą e-mail	Financialassist@medsrv.co (tylko dwie litery po kropce w adresie e-mail)			
Za pośrednictwem Portalu pacjenta	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App			
Pytania?	800-462-0490			

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu składania wniosku o zniżkę dla nieubezpieczonego pacjenta lub procesu udzielania pomocy finansowej szpitala można składać do Biura ds. Opieki Zdrowotnej (Health Care Bureau) Prokuratora Generalnego stanu Illinois (Illinois Attorney General). Bezpłatna infolinia Biura ds. Opieki Zdrowotnej: 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013). Elektroniczne formularze skarg dotyczących opieki zdrowotnej są również dostępne w sekcji Składanie skarg dotyczących opieki zdrowotnej na stronie internetowej Biura Prokuratora Generalnego stanu Illinois pod adresem <https://illinoisattorneygeneral.gov/>.