

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Broj pacijenta (MRN): \_\_\_\_\_

**MOŽDA ĆETE MOĆI PRIMATI BESPLATNU ILI NJEGU PO POPUSTU:** Popunjavanjem ovog zahtjeva pomoći ćete instituciji Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) da utvrdi da li možete primiti besplatnu ili negu po popustu ili druge javne programe koji mogu doprinijeti plaćanju vaše zdravstvene njege.

**AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNE SIGURNOSTI NIJE OBAVEZAN KAKO BISTE ISPUNJAVALI USLOVE ZA BESPLATNU ILI NJEGU PO POPUSTU.**

Međutim, broj socijalne sigurnosti obavezan je za neke javne programe, uključujući tu i Medicaid. Nije obavezno dostaviti broj socijalne sigurnosti, ali to će pomoći bolnici u utvrđivanju da li vi ispunjavate uslove za eventualne javne programe. Popunite ovaj formular i podnesite ga lično, poštom, elektronskom poštom ili telefaksom, kako biste se prijavili za besplatnu ili pomoć po popustu u roku od 240 dana nakon datuma otpusta ili početka prijema ambulantne njege. Pacijent potvrđuje da je načinio napor u dobroj vjeri da dostavi sve tražene informacije u zahtjevu, kako bi pomogao instituciji NMHC u utvrđivanju da li je pacijent podoban za finansijsku pomoć.

**AKO NISTE OSIGURANI A ISPUNJAVATE KONKRETNE PRETPOSTAVLJENE KRITERIJE PODOBNOSTI, NISTE OBAVEZNI POPUNJAVATI OVAJ ZAHTJEV.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beskućništvo  | Upis u programe pomoći za pojedince s niskim primanjima:                       |
| <input type="checkbox"/> Preminuli bez imovine   | <input type="checkbox"/> Program za prehranu žena, beba i djece (WIC)          |
| <input type="checkbox"/> Mentalna nesposobnost gdje nema nikoga ko bi postupao u pacijentovo ime | <input type="checkbox"/> Program pomoći za dodatnu prehranu (SNAP)             |
| <input type="checkbox"/> Podobnost za Medicaid, ali bez datuma usluge                            | <input type="checkbox"/> Program besplatnog ručka i doručka, Illinois (LIHEAP) |

PODNOŠILAC ZAHTJEVA			
Ime i prezime podnosioca zahtjeva		Broj socijalne sigurnosti	
Datum rođenja			
Kućna adresa		Grad	Država
Poštanski broj			
Kućni broj telefona	Mobilni broj telefona	Adresa e-pošte	
Preferirani metod kontakta	<input type="checkbox"/> Državna pošta SAD	<input type="checkbox"/> E-pošta	<input type="checkbox"/> Kućni telefon
<input type="checkbox"/> Mobilni telefon	<input type="checkbox"/> Ja sam beskućnik	Godišnji prihod domaćinstva	
Bračno stanje podnosioca zahtjeva	<input type="checkbox"/> U braku	<input type="checkbox"/> Samac	<input type="checkbox"/> Rastavljen
<input type="checkbox"/> Razveden	<input type="checkbox"/> Udovac/udovica	Broj članova vašeg domaćinstva (prema prikazu na poreznoj dokumentaciji)	
Stanje zaposlenosti	<input type="checkbox"/> Zaposlen	<input type="checkbox"/> Samozaposlen	<input type="checkbox"/> Penzioner
<input type="checkbox"/> Invalid	<input type="checkbox"/> Nezaposlen – zadnji datum radnog angažmana: _____		
Naziv poslodavca		Telefonski broj	
Adresa poslodavca		Grad	Država
Poštanski broj			
Naziv plana zdravstvenog osiguranja koji nudi poslodavac (uključujući COBRA-u)			<input type="checkbox"/> Nema obezbijeđeno zdravstveno osiguranje

BRAČNI DRUG/PARTNER/RODITELJ/GARANT (kad je primjenjivo)			
Odnos	<input type="checkbox"/> Bračni drug	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Roditelj
<input type="checkbox"/> Garant	<input type="checkbox"/> Drugo: _____		
Ime i prezime		Broj socijalne sigurnosti	
Datum rođenja			
Stanje zaposlenosti	<input type="checkbox"/> Zaposlen	<input type="checkbox"/> Samozaposlen	<input type="checkbox"/> Penzioner
<input type="checkbox"/> Invalid	<input type="checkbox"/> Nezaposlen – zadnji datum radnog angažmana: _____		
Naziv poslodavca		Telefonski broj	
Adresa poslodavca		Grad	Država
Poštanski broj			
Naziv plana zdravstvenog osiguranja koji nudi poslodavac (uključujući COBRA-u)			<input type="checkbox"/> Nema obezbijeđeno zdravstveno osiguranje

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Broj pacijenta (MRN): \_\_\_\_\_

## POKRIĆE OSIGURANJEM

1. Jeste li pokriveni bilo kojom policom osiguranja ili podobni za nju, uključujući strano pokriće, tržnicu zdravstvenog osiguranja, beneficije za veterane, Medicaid i Medicare?  Da  Ne

a. Ako jeste, pružite sljedeće informacije:

Vlasnik police	Osiguravajuća kuća	Broj police
Vlasnik police	Osiguravajuća kuća	Broj police

## UPITNIK

1. Jeste li bili rezidentni u Illinoisu kad ste primali njegu?  Da  Ne

2. Jeste li stranac rezidentan u Illinoisu na američkoj vizi?  Da  Ne

a. Ako jeste, na kom tipu vize? \_\_\_\_\_

3. Tražite li finansijsku pomoć za njegu koju dobijenu u našoj hitnoj pomoći?  Da  Ne

4. Ako ste razvedeni ili rastavljeni, da li je vaš bivši suprug/partner finansijski odgovoran za medicinsku njegu po ugovoru o rastavi ili razvodu braka?  N/A  Da  Ne

5. Da li je pruženo liječenje vezano i za šta od sljedećeg?

Nezgoda  Krivično  Povreda na radu  Drugo: \_\_\_\_\_  
djelo

6. Da li ste angažirali advokata, ili da li ostvarujete potraživanje zbog vaše ozljede ili oboljenja?  Da  Ne

a. Ako da, obezbijedite sljedeće:

\_\_\_\_\_ Ime i prezime advokata

\_\_\_\_\_ Telefonski broj advokata

7. Da li ste se već prijavili za Medicaid? (*možda ćemo od vas zahtijevati da to učinite*)  Da - čekam na odobrenje  Da - nisam podoban  Ne

a. Ako ne, označite sve dolje što se primjenjuje:

- Imate 19 godina ili manje  Imate 65 godina ili više  Slijepi ste  
 Uzimate lijekove za kontrolu šećera, visokog krvnog pritiska ili konvulzije  Invalidni ste prema određenju Uprave za socijalnu sigurnost  Trudni ste  
 Imate djecu mlađu od 19 godina koja žive s vama

## SREDSTVA

1. **Nekretnine.** Pružite informacije po pitanju svih eventualnih nekretnina (*zgrada i/ili zemljišta*) u vašem vlasništvu **osim svog primarnog mjesta boravka.**

a. Kolika je vrijednost svih zgrada i zemljišta manje iznos koji se duguje za nekretninu? \$ \_\_\_\_\_  Nema

i. Da li se te nekretnine koriste za ostvarivanje prihoda?  Da  Ne

b. Kolika je vrijednost zemljišta (bez zgrada) manje iznos koji se duguje za nekretninu? \$ \_\_\_\_\_  Nema

i. Da li se te nekretnine koriste za ostvarivanje prihoda?  Da  Ne

2. **Bankovni računi/ulaganja.** Navedite ukupni trenutni saldo za svaku od sljedećih stavki.

a. Tekući/štedni/računi kredine zadruga: \$ \_\_\_\_\_  Nema

b. Druga ulaganja (*obveznice, dionice, itd. isključujući račune kod IRA-e i/ili račune za penziju*): \$ \_\_\_\_\_  Nema

## Zahtjev za finansijsku pomoć

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Broj pacijenta (MRN): \_\_\_\_\_

Potvrđujem da su informacije u ovom zahtjevu po mom najboljem znanju tačne i ispravne. Prijavit ću se za bilo koju državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju mogu biti podoban u cilju doprinosa u plaćanju ovog bolničkog računa. Shvaćam da NMHC može provjeravati dostavljene informacije i ovlašćujem NMHC za kontakt sa trećim licima u cilju verifikacije tačnosti informacija dostavljenih u ovom zahtjevu. Shvaćam da, ako svjesno dostavim netačne informacije u ovom zahtjevu, ili ako zahtjev bude sadržavao materijalne greške ili propuste na drugi način, neću biti podoban za finansijsku pomoć i da se bilo koja finansijska pomoć koja mi se pruži može vratiti i da ću ja biti odgovoran za plaćanje računa.

\_\_\_\_\_  
Potpis podnosioca zahtjeva

\_\_\_\_\_  
Potpis bračnog druga/partnera/roditelja/garanta (kad je primjenjivo)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

Vratite popunjen zahtjev i popratnu dokumentaciju na:

**Northwestern Memorial HealthCare**

Na pažnju: Odjel za finansijsko savjetovanje

675 North Saint Clair, 2-110

Chicago, IL 60611

312.926.6906 ili 800.423.0523 telefon

312.694.0447 telefaks

finapps@nm.org

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Broj pacijenta (MRN): \_\_\_\_\_

## Propratni dokumenti potrebni za finansijsku pomoć

Dostavite dolje navedene dokumente. Vaš zahtjev će kasniti s obradom ili će biti odbijen u slučaju da neki od obaveznih dokumenata nisu uključeni. Ako ne možete dostaviti dokument, dostavite pismeno objašnjenje za to.

### Primarni dokumenti:

- Porezni dokumenti: Dostavite najnoviju prijavu saveznog poreza i W-2 ili IRS-ov obrazac 4506-T: Zahtjev za prijepis porezne prijave.
- Važeći identifikacijski dokument izdan od organa vlasti sa fotografijom:
  - Vozačka dozvola, pasoš, itd.
- Dokaz o rezidentnosti u državi Illinois: Obezbijedite najmanje jedan od sljedećih dokumenata.
  - Važeći identifikacioni dokument izdan od strane organa vlasti sa fotografijom ili važeća vozačka dozvola
  - Noviji komunalni račun sa adresom u Illinoisu
  - Kartica za registraciju birača iz Illinoisu
  - Aktuelna pošta adresirana na podnosioca zahtjeva iz vladinog ili drugog pouzdanog izvora
  - Dopis od skloništa za beskućnike
- Dokazi o prihodima: Dostavite sve dolje navedene važeće dokumente.
  - Kopije dva najnovija čeka ili odreska za nezaposlene
  - Kopije dva najnovija čeka ili odreska od poslodavca
  - Kopije dva najnovija čeka ili odreska od socijalne sigurnosti
- Dokaz o sredstvima: Obezbijedite dva najnovija izvoda za sve tekuće, štedne ili račune kreditne zadruge.
- Popunjen i potpisan zahtjev

### Dopunski/dodatni dokumenti:

- Dokaz o prihodima koji nisu od plate: Dostavite sljedeće važeće dokumente, samo ako niste dostavili poreznu prijavu za prethodnu kalendarsku godinu ili ako će neki od sljedećih izvora prihoda u ovoj kalendarskoj godini odstupati od onih iz prethodne kalendarske godine.
  - Izvod o prihodima od alimentacije
  - Izvod o prihodima od poslovanja
  - Izjava o prihodima od penzije ili mirovine
- Ako ste u građanskom braku: Dostavite sljedeće važeće dokumente od svog bračnog druga/partnera
  - Dokaz o prihodima i prihodima koji nisu od plate (prema gornjem opisu)
  - Saveznu poreznu prijavu i W-2 ili IRS-ov obrazac 4506-T: Zahtjev za prijepis porezne prijave
  - Dva najnovija izvoda za sve tekuće, štedne ili račune kreditne zadruge
- Dopunsko/drugo (ako se odnosi):
  - Ako ste stranac, kopiju svog pasoša i vize za Sjedinjene Države
  - Karton zdravstvenog osiguranja (kopija sprijeda i odozad)
  - Pismeno odobrenje/odbijenica od Medicaida
  - Pismo podrške (tj. ako vaše životne troškove plaća drugo lice)