

Današnji datum _____

ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta _____ MRN _____

Možda ćete moći dobiti besplatnu njegu ili njegu s sniženjem.

Ispunite ovu prijavu kako biste pomogli Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) da utvrdi možete li dobiti:

- Besplatne ili snižene usluge
- Drugi javni programi koji mogu pomoći u plaćanju vaše zdravstvene njege

Ako nemate zdravstveno osiguranje: Ne trebate broj socijalnog osiguranja da biste dobili besplatnu njegu ili njegu s popustom.

Broj socijalnog osiguranja potreban je za neke javne programe, uključujući Medicaid. Niste dužni dati broj socijalnog osiguranja, ali to će pomoći NMHC-u da utvrdi ispunjavate li uvjete za bilo koji javni program.

Ispunite ovaj obrazac i pošaljite ga lično ili poštom, e-poštom ili faksom, zajedno sa svim potrebnim pratećim dokumentima. Morate podnijeti potpuni zahtjev i popratne dokumente u roku **svim** potrebnim pratećim dokumentima. Morate podnijeti potpuni zahtjev i popratne dokumente u roku **od 240 dana** nakon što ste otpušteni ili dobijete ambulantnu njegu.

Potvrđujete da ste pokušali u dobroj vjeri podnijeti zahtjev za besplatnu ili sniženu njegu u roku od 240 dana nakon datuma otpusta ili datuma kada ste primili ambulantnu njegu. Potvrđujete da ste se potrudili u dobroj vjeri da date sve informacije koje ova prijava traži kako biste pomogli NMHC-u da utvrdi ispunjavate li uvjete za financijsku pomoć.

Ako nemate zdravstveno osiguranje i ispunjavate određene kriterije: Ne morate ispuniti ovaj zahtjev.

- | | |
|--|---|
| ☐ Beskućnik ste. | Odaberite bilo koji od ovih programa u koje ste upisani. |
| ☐ Pacijent je preminuo, bez bračnog druga/imovine. | ☐ Program prehrane za žene, dojenčad i djecu (WIC) |
| ☐ Ne možete sami donositi odluke (mentalna nesposobnost) i nemate nikoga ko bi djelovao u vaše ime. | ☐ Dodatni program pomoći u prehrani (SNAP) |
| ☐ Imate pravo na Medicaid, ali ne i na datum službe. | ☐ Program besplatnog ručka i doručka u Illinoisu |
| | ☐ Illinois Program energetske pomoći u kući (LIHEAP) |

Vaše informacije							
Ime		Broj socijalnog osigurnja		Datum rođenja			
Kućna adresa		Grad		Država		Poštanski kod	
Broj kućnog telefona		Broj mobilnog telefona		E-pošta			
Preferirana metoda kontakta ☐ US Pošta ☐ E-pošta ☐ Kućni telefon ☐ Mobilni telefon				☐ Beskućnik sam		Godišnji prihod domaćinstva	
Bračno stanje ☐ Vjenčan/a ☐ Slobodan/a ☐ Razdvojen/a ☐ Razveden/a ☐ Udovac ili Udovica				Broj osoba u vašem domaćinstvu (prema podacima o vašim porezima): _____			
Stanje zaposlenja ☐ Zaposlen/a ☐ Samozaposlen/a ☐ Penzioner/ka ☐ Onesposobljen/a							
Naziv poslodavca				Broj telefona			
Adresa poslodavca		Grad		Država		Poštanski kod	
Naziv plana zdravstvenog osiguranja koji vaš poslodavac nudi, uključujući COBRA						☐ Vaš poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje.	

ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta _____ MRN _____

Pokrivanje osiguranja		
Jeste li pokriveni ili imate pravo na bilo koju policu zdravstvenog osiguranja, uključujući:		
• Međunarodno/putno zdravstveno osiguranje • Planovi tržišta zdravstvenog osiguranja • Braniteljske naknade • Medicaid • Medicare		
☐ Da ☐ Ne		
Ako ste odgovorili potvrdno, navedite sljedeće podatke:		
Ime osobe koja je kupila plan (osiguranik):	Osiguravač	Broj police
Ime osobe koja je kupila plan (osiguranik):	Osiguravač	Broj police

Supružnik, partner, roditelj ili garantor (ako je primjenjivo)			
Veza			
☐ Supružnik ☐ Partner ☐ Roditelj ☐ Garantor ☐ Ostalo _____			
Ime	Broj socijalnog osigurnja	Datum rođenja	
Stanje zaposlenja			
☐ Zaposlen/a ☐ Samozaposlen/a ☐ Penzioner/ka ☐ Onesposobljen/a			
Naziv poslodavca		Broj telefona	
Adresa poslodavca	Grad	Država	Poštanski kod
Naziv plana zdravstvenog osiguranja koji poslodavac nudi, uključujući COBRA			☐ Poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje.

ZAHTEJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta _____ MRN _____

Upitnik	
1. Jeste li živjeli u Illinoisu kada ste dobili njegu?	☐ Da ☐ Ne
2. Jeste li strani državljani (ne državljani SAD-a) koji živi u Illinoisu s američkom vizom?	☐ Da ☐ Ne
A. Ako da, koja je vrsta vize? _____	
3. Želite li financijsku pomoć za njegu koju ste primili u našoj hitnoj službi?	☐ Da ☐ Ne
4. Ako ste razvedeni ili rastavljeni: Je li vaš bivši supružnik/partner financijski odgovoran za medicinsku njegu prema ugovoru o razvodu ili rastavi?	☐ N/A ☐ Da ☐ Ne
5. Je li vaša njega bila povezana s nečim od sljedećeg?	
☐ Nesreća ☐ Zločin ☐ Povreda na radnom mjestu ☐ Ostalo _____	
6. Jeste li angažirali advokata ili tražite odštetni zahtjev za svoju ozljedu ili bolest?	☐ Da ☐ Ne
A. Ako ste odgovorili potvrdno, navedite:	
_____	_____
Ime advokata	Broj telefona advokata
7. Jeste li se već prijavili za Medicaid? Možemo to od vas zahtijevati. ☐ Da – Čekam na odobrenje ☐ Da – Ne ispunjavam uvjete ☐ Ne	
A. Ako ste odgovorili ne, označite sve što je primjenjivo:	
☐ Imate 19 godina ili manje.	☐ Imate 65 ili više godina.
☐ Uzimate lijekove za liječenje dijabetesa, visokog krvnog pritiska ili napade.	☐ Vi ste invalid, kako je utvrdila Uprava za socijalno osiguranje.
☐ Slijepi ste.	
☐ Trudni ste.	
☐ Imate djecu mlađu od 19 godina koja žive s vama.	

IMOVINA
1. Nekretnina: Molimo dajte informacije o svim zgradama ili zemljištu koje posjedujete, a koje nije glavno mjesto u kojem živite.
A. Kolika je vrijednost svih zgrada i zemljišta umanjena za iznos koji dugujete na nekretnini? \$ _____ ☐ Nije primjenjivo
I. Koristi li se ova nekretnina za zaradu? ☐ Da ☐ Ne
B. Kolika je vrijednost zemljišta (bez zgrada) umanjena za iznos koji dugujete na nekretnini? \$ _____ ☐ Nije primjenjivo
I. Koristi li se ova nekretnina za zaradu? ☐ Da ☐ Ne
2. Bankovni računi i ulaganja: Molimo navedite ukupni iznos u svakom od sljedećih stavki.
A. Tekući računi, štedni računi i računi kreditnih sindikata: \$ _____ ☐ Nije primjenjivo
B. Ostala ulaganja, kao što su obveznice i dionice. Nemojte uključivati bilo koju vrstu računa za penziju. \$ _____ ☐ Nije primjenjivo

Potpisom se slažem da:

- Podnijet ću zahtjev za bilo koju državnu, federalnu ili lokalnu pomoć na koju mogu imati pravo da pomognem platiti ovaj račun.
- Podaci u ovoj prijavi istiniti su i tačni prema mom najboljem znanju.
- Razumijem da bi NMHC mogao potvrditi ovu informaciju.
- NMHC može kontaktirati treće strane kako bi provjerio informacije koje sam naveo u ovoj prijavi.

Razumijem da ako sam svjesno dao lažne podatke, ako prijava ima značajnu grešku ili ako je nešto značajno izostavljeno:

- Neću imati pravo na financijsku pomoć.
- Bilo koja financijska pomoć koja mi je dodijeljena može se poništiti.
- Ja ću biti odgovoran za plaćanje računa.

Vrijeme _____ Datum _____ Potpis podnositelja zahtjeva _____

Vrijeme _____ Datum _____

☐ Supružnik ☐ Partner ☐ Roditelj ☐ Garantor (zaokruži jedno) Potpis (ako je primjenjivo) _____

Molimo da popunjenu prijavu i sve popratne dokumente vratite na:

Northwestern Memorial HealthCare
 Attention: Financial Counseling
 675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

Telefon: 312.926.6906 or 800.423.0523
 Faks: 312.694.0447
 finapps@nm.org

ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta _____ MRN _____

Potrebni popratni dokumenti za finacijsku pomoć

Vaša će prijava biti odgođena ili odbijena ako ne priložite sve potrebne dokumente. Ako ne možete dostaviti traženi dokument, dostavite pismo s objašnjenjem zašto.

Potrebni dokumenti

- Kopija vaše najnovije federalne porezne prijave i W-2 ili IRS obrazac 4506-T: Zahtjev za prijepis porezne prijave.
- **Kopija važećeg državnog dokumenta s fotografijom**, poput vaše vozačke dozvole ili pasoša.
- Barem **jedan** od ovih dokumenata:
 - ☐ Kopija važeće lične karte s fotografijom ili vozačke dozvole izdane u državi Illinois
 - ☐ Nedavni račun za režije s adresom u Illinoisu
 - ☐ Kopija vaše kartice za registraciju glasača u Illinoisu
 - ☐ Pošta upućena na vašu trenutnu adresu od vlade ili drugog vjerodostojnog izvora
 - ☐ Pismo iz prihvatilišta za beskućnike
- Svi dolje navedeni dokumenti koji se odnose na vas:
 - ☐ Kopije vaša dva posljednja čeka ili isječka o nezaposlenosti
 - ☐ Kopije vaša dva posljednja čeka ili isječka poslodavca
 - ☐ Kopije vaša dva posljednja čeka socijalnog osiguranja ili isječka
- Vaša dva najnovija izvoda za sve tekuće, štedne i kreditne račune.
- Popunjena i potpisana prijava.

Ostali dokumenti

- Ako niste podnijeli poreznu prijavu za prošlu godinu **ili** ako će se vaš prihod od alimentacije, poslovanja, penzije razlikovati od prošle godine: u nastavku dostavite dokumente koji se ne odnose na platu i koji se odnose na vas.
 - ☐ Izjava o prihodima od alimentacije
 - ☐ Izvještaj o poslovnom prihodu
 - ☐ Izjava o penzionim primanjima
- Ako ste u braku ili u građanskoj zajednici: dostavite dokumente u nastavku koji se odnose na vašeg supružnika ili partnera.
 - ☐ Dokaz o prihodima i neplatnim prihodima (kao što je gore opisano)
 - ☐ Povrat federalnog poreza
 - ☐ W-2 ili IRS obrazac 4506-T: Zahtjev za prijepis porezne prijave
 - ☐ Najnoviji izvod za sve tekuće, štedne i kreditne račune
- Ako ste strani državljanin (niste državljanin SAD-a):
 - ☐ Pošaljite kopiju svg pasoša i vize za SAD.