Northwestern Medicine

Današnji datum_____

ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Ime i prezime pacijenta _____ MRN _____

Možda ćete moći dobiti besplatnu njegu ili njegu s popustom.

Popunite ovaj zahtjev kako biste pomogli da Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) utvrdi možete li koristiti:

- besplatne ili snižene usluge
- druge javne programe koji mogu pomoći kod plaćanja vaše zdravstvene njege

Ako nemate zdravstveno osiguranje: nije vam potreban broj socijalnog osiguranja da biste dobili besplatnu njegu ili njegu s popustom.

Broj socijalnog osiguranja neophodan je za neke javne programe, uključujući Medicaid. Niste dužni navesti broj socijalnog osiguranja, ali ako ga navedete, to će pomoći NMHC-u da utvrdi ispunjavate li uslove za neke od javnih programa.

Popunite ovaj obrazac i dostavite ga lično ili poštom, e-poštom ili faksom, zajedno sa **svim** potrebnim pratećim dokumentima. Potpuni zahtjev i prateće dokumente morate podnijeti **u roku od 240 dana** nakon otpusta ili primanja ambulantne njege.

Potvrđujete da ste pokušali u dobroj vjeri podnijeti zahtjev za besplatnu njegu ili njegu s popustom u roku od 240 dana nakon datuma otpusta ili datuma dobivanja ambulantne njege. Potvrđujete da ste uložili trud u dobroj vjeri da navedete sve informacije koje se traže u ovom zahtjevu kako biste pomogli da NMHC utvrdi ispunjavate li uslove za finansijsku pomoć.

Ako nemate zdravstveno osiguranje i ispunjavate određene kriterije: ne trebate popunjavati ovaj zahtjev.

☐ Beskućnik ste.

☐ Pacijent je preminuo, bez bračnog druga/imovine.

☐ Ne možete sami donositi odluke (mentalna nesposobnost) i nemate nikoga ko bi djelovao u vaše ime.

☐ Ispunjavate uslove za Medicaid, ali bez datuma pružanja usluge.

Odaberite bilo koji od sljedećih programa u koje ste upisani.

☐ Program prehrane za žene, dojenčad i djecu (WIC)

☐ Program pomoći za dodatnu prehranu (SNAP)

☐ Program Illinoisa za besplatni ručak i doručak

☐ Program Illinoisa za pomoć za plaćanje računa za energiju u domaćinstvu (LIHEAP)

Vaše informacije			
Ime i prezime		Broj socijalnog osiguranja	Datum rođenja (MM/DD/GGGG)
Kućna adresa	Grad	Savezna država	Poštanski broj
Broj kućnog telefona	Broj mobilnog telefona	Adresa e-pošte	
Željeni način kontaktiranja ☐ Pošte SAD-a ☐ E-pošta ☐ Kućni telefon ☐ Mobilni telefon		☐ Beskućnik sam	Godišnji prihod domaćinstva
Bračno stanje ☐ Vjenčan/a ☐ Slobodan/na ☐ Razdvojen/a ☐ Razveden/a ☐ Udovica ili udovac		Broj osoba u vašem domaćinstvu (prema podacima iz vaše porezne prijave):_____	
Radni status ☐ Zaposlen/a ☐ Samozaposlen/a ☐ Penzioner/ka ☐ Onesposobljen/a ☐ Nezaposlen/a (navesti datum posljednjeg posla)			
Naziv poslodavca		Broj telefona	
Adresa poslodavca	Grad	Savezna država	Poštanski broj
Naziv programa zdravstvenog osiguranja kojeg nudi vaš poslodavac, uključujući program COBRA		☐ Vaš poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje.	

Northwestern Medicine

ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Ime i prezime pacijenta _____ MRN _____

Pokrivenost osiguranjem		
Jeste li pokriveni ili imate pravo na bilo koju policu zdravstvenog osiguranja, uključujući: • međunarodno/putno zdravstveno osiguranje • planove tržišta zdravstvenog osiguranja • naknade za ratne veterane • Medicaid • Medicare ☐ Da ☐ Ne **Ako ste odgovorili potvrdno, navedite sljedeće podatke:**		
Ime i prezime osobe koja je kupila plan (osiguranik):_____	Osiguravatelj	Broj police
Ime i prezime osobe koja je kupila plan (osiguranik):_____	Osiguravatelj	Broj police

Supružnik, partner, roditelj ili jamac (ako je primjenjivo)			
Odnos ☐ Bračni drug ☐ Partner ☐ Roditelj ☐ Jamac ☐ Drugo _____			
Ime i prezime	Broj socijalnog osiguranja	Datum rođenja (MM/DD/GGGG)	
Radni status ☐ Zaposlen/a ☐ Samozaposlen/a ☐ Penzioner/ka ☐ Onesposobljen/a ☐ Nezaposlen/a (navesti datum posljednjeg posla) ____			
Naziv poslodavca	Broj telefona		
Adresa poslodavca	Grad	Savezna država	Poštanski broj
Naziv programa zdravstvenog osiguranja kojeg nudi poslodavac, uključujući program COBRA _____	☐ Poslodavac ne nudi zdravstveno osiguranje.		

Northwestern Medicine

ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Ime i prezime pacijenta _____ MRN _____

Upitnik			
1. Jeste li živjeli u Illinoisu kada ste dobili njegu?		☐ Da	☐ Ne
2. Jeste li strani državljanin (ne državljanin SAD-a) koji živi u Illinoisu uz vizu SAD-a? A. Ako jeste, koju vrstu vize imate? _____		☐ Da	☐ Ne
3. Želite li finansijsku pomoć za njegu koju ste primili u našoj hitnoj službi?		☐ Da	☐ Ne
4. Ako ste razvedeni ili rastavljeni: je li vaš bivši supružnik/partner finansijski odgovoran za medicinsku njegu prema sporazumu o razvodu ili rastavi?	☐ N/D	☐ Da	☐ Ne
5. Je li njega koju ste primili bila povezana s nečim od sljedećeg? ☐ Nesreća ☐ Krivično djelo ☐ Povreda na radnom mjestu ☐ Drugo _____			
6. Jeste li angažirali advokata ili tražite odštetni zahtjev za povredu ili bolest? A. Ako ste odgovorili potvrdno, navedite: _____ Ime i prezime advokata _____ Broj telefona advokata		☐ Da	☐ Ne
7. Jeste li se već prijavili za Medicaid? Možemo to od vas zahtijevati. ☐ Da – čekam odobrenje ☐ Da – ne ispunjavam uslove ☐ Ne A. Ako ste odgovorili odrično, označite sve što je primjenjivo: ☐ Imate 19 godina ili manje. ☐ Imate 65 godina ili više. ☐ Slijepi ste. ☐ Uzimate lijekove za liječenje dijabetesa, visokog krvnog pritiska ili napade. ☐ Vi ste invalid, kako je utvrdila Uprava za socijalno osiguranje. ☐ Trudni ste. ☐ Imate djecu mlađu od 19 godina koja žive s vama.			

IMOVINA
1. **Nekretnine:** Navedite informacije o svim objektima ili zemljištu koje posjedujete, a koji **nisu glavno mjesto u kojem živite**. A. Kolika je vrijednost svih objekata i zemljišta umanjena za iznos koji dugujete za nekretnine? $ _____ ☐ Nije primjenjivo I. Koriste li se navedene nekretnine za zaradu? ☐ Da ☐ Ne B. Kolika je vrijednost zemljišta (bez objekata) umanjena za iznos koji dugujete za nekretnine? $ _____ ☐ Nije primjenjivo I. Koriste li se navedene nekretnine za zaradu? ☐ Da ☐ Ne
2. **Bankovni računi i investicije:** Navedite ukupni iznos za svaku od sljedećih stavki. A. Tekući računi, štedni računi i računi kreditnih zadruga: $ _____ ☐ Nije primjenjivo B. Ostala ulaganja, kao što su obveznice i dionice. **Nemojte** navoditi nikakve vrste računa za penziju. $ _____ ☐ Nije primjenjivo

Potpisivanjem potvrđujem saglasnost sa sljedećim:

- podnijet ću zahtjev za bilo koju državnu, federalnu ili lokalnu pomoć za koju možda ispunjavam uslove radi lakšeg plaćanja ovog računa.
- po mojim najboljim saznanjima, podaci u ovom zahtjevu su istiniti i tačni.
- razumijem da bi NMHC mogao obaviti potvrđivanje navedenih informacija.
- NMHC može kontaktirati treće strane kako bi provjerio informacije koje sam naveo/la u ovom zahtjevu.

Razumijem da ako sam svjesno naveo/la neistinite podatke, ako zahtjev ima materijalnu grešku ili ako je izostavljeno nešto značajno:

- neću imati pravo na finansijsku pomoć.
- bilo koja finansijska pomoć koja mi je dodijeljena može se poništiti.
- bit ću odgovoran/na za plaćanje računa.

Vrijeme _____ Datum_____ Potpis podnosioca zahtjeva _____

Vrijeme _____ Datum_____

☐ Supružnik ☐ Partner ☐ Roditelj/Jamac *(odabrati jedno)* Potpis (kada je primjenjivo)_____

Popunjeni zahtjev i sve prateće dokumente vratite na sljedeću adresu:

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

Broj telefona: 312.926.6906 ili 800.423.0523
Faks: 312.694.0447
finapps@nm.org

Northwestern Medicine

ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Ime i prezime pacijenta _____ MRN _____

Potrebni prateći dokumenti za finansijsku pomoć

Vaš zahtjev će biti odgođen ili odbijen ako ne priložite sve potrebne dokumente. Ako ne možete dostaviti traženi dokument, dostavite pismo s objašnjenjem zašto je tako.

Potrebni dokumenti

Potvrda prebivališta u Illinoisu:

- Barem **jedan** od sljedećih dokumenata:
  - ☐ Kopija važeće lične karte koju je izdala savezna država
  - ☐ Nedavni račun za režije s adresom u Illinoisu
  - ☐ Kopija vaše kartice za registraciju glasača u Illinoisu
  - ☐ Pošta koju je na vašu trenutnu adresu uputio organ vlasti ili drugi vjerodostojni izvor
  - ☐ Pismo iz prihvatilišta za beskućnike, privremenog smještaja ili drugog sličnog objekta kojim se potvrđuje da živite u tom objektu
  - ☐ Kopija vaše kartice za registraciju vozila u Illinoisu
  - ☐ Privremena vozačka dozvola za posjetioce
  - ☐ Ugovor o najmu
  - ☐ Izjava člana porodice koji boravi na istoj adresi i predoči potvrdu o prebivalištu
  - ☐ Jedan od dokumenata navedenih u odjeljku „Finansijski dokumenti“ u nastavku

Finansijski dokumenti:

- Barem **jedan** od sljedećih dokumenata:
  - ☐ kopija posljednje potvrde o podnošenju porezne prijave
  - ☐ kopija posljednjih podnesenih obrazaca W-2 i 1099
  - ☐ kopije dva posljednja čeka ili dvije platne liste od poslodavca
  - ☐ kopije dva posljednja čeka ili obračuna za naknade za nezaposlene
  - ☐ pisana potvrda o prihodu od poslodavca ako se isplata vrši u gotovini

Ako ste u braku ili u građanskoj zajednici, dostavite barem jedan od gore navedenih dokumenata koji se odnose na vašeg supružnika ili partnera.

Popunjen i potpisan zahtjev.

Ostali dokumenti

- Ako niste podnijeli poreznu prijavu za prošlu godinu **ili** ako će se vaš prihod od alimentacije, poslovanja ili penzije razlikovati od prihoda tokom 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 prihodima od penzije
- Ako ste strani državljanin (niste državljanin SAD-a):
  - ☐ Dostavite kopiju svog pasoša i vize za SAD.