

Wniosek o wsparcie finansowe  
Financial Assistance Application

Numer konta pacjenta: \_\_\_\_\_

**Ważne informacje: \*\* Może Pan/Pani otrzymać bezpłatną opiekę zdrowotną lub uzyskać zniżkę.** Wypełnienie tego wniosku pomoże Advocate Health Care określić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania bezpłatnych lub zniżkowych świadczeń zdrowotnych ze strony Advocate lub czy może się Pan/Pani kwalifikować do uczestnictwa w programach państwowych, które mogą pomóc w opłaceniu opieki zdrowotnej. Jeśli nie jest Pan/Pani ubezpieczony/-a, to numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany do uzyskania bezpłatnej lub ulgowej opieki zdrowotnej ze strony Advocate. Jednak w przypadku niektórych programów państwowych, w tym programu Medicaid, wymagany jest numer ubezpieczenia społecznego. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego w tym wniosku nie jest wymagane, ale numer ten pomoże Advocate ustalić, czy może się Pan/Pani kwalifikować się do jakichkolwiek państwowych programów wspomagających pacjentów.

Proszę wypełnić ten wniosek możliwie najszybciej od momentu realizacji świadczenia zdrowotnego, aby Advocate Health Care mógł określić Pana/Pani potencjalne uprawnienia do otrzymania pomocy finansowej. Pana/Pani wniosek przyjmujemy w okresie maksymalnie 240 dni od daty pierwszego wyciągu rozliczeniowego za świadczoną opieką.

Na potrzeby niniejszego wniosku Advocate Health Care definiuje „Rodzinę” jako pacjenta, współmałżonka/partnera związku cywilnego, rodziców lub opiekunów pacjenta (w przypadku pacjentów małoletnich) oraz wszelkie osoby pozostające na utrzymaniu pacjenta, które znajdują się na wniosku pacjenta lub rodzica o zwrot podatku dochodowego i mieszkają w domu pacjenta lub jego rodziców albo opiekunów.

<b>INSTRUKCJE: Proszę wypełnić ten wniosek w całości i podpisać zaświadczenie o złożeniu wniosku, aby zweryfikować podane tam informacje.</b>				
<b>INFORMACJE O PACJENCIE</b>				
Adres e-mail:				Wielkość rodziny (włącznie z pacjentem)
Nazwisko	Imię	Drugie (środkowe) imię		Data urodzenia
Numer ubezpieczenia społecznego				
Ulica	Mieszkanie nr	Miasto	Stan	Kod pocztowy
Telefon domowy				
Pracodawca		Adres pracodawcy		
Nr telefonu komórkowego				
Miasto	Stan	Kod pocztowy		Miesięczny dochód brutto
Telefon służbowy				
Czy jest Pan/Pani objęty/-a lub uprawniony/-a do jakiegokolwiek polisy ubezpieczenia zdrowotnego, w tym ubezpieczenia zagranicznego, Marketplace, COBRA, świadczeń dla weteranów, programów Medicaid lub Medicare? <input type="checkbox"/> Tak (proszę podać informacje wymagane poniżej) <input type="checkbox"/> Nie, nie jestem objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym lub nie jest ono dla mnie dostępne				
Posiadacz polisy:		Ubezpieczyciel:		Numer polisy:
Posiadacz polisy:		Ubezpieczyciel:		Numer polisy:
Czy był/-a Pan/Pani mieszkańcem stanu Illinois w okresie otrzymywania opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Czy ubiegał/-a się Pan/Pani o udział w programie Medicaid? (możemy wymagać, aby Pan/Pani to zrobił/-a) <input type="checkbox"/> Tak - oczekuje na zatwierdzenie <input type="checkbox"/> Tak - nie kwalifikuje się <input type="checkbox"/> Nie				
Czy otrzymane leczenie jest związane z którymkolwiek z poniższych? <input type="checkbox"/> Wypadek <input type="checkbox"/> Przestępstwo <input type="checkbox"/> Uraz w miejscu pracy <input type="checkbox"/> Inne:				
Czy dochodzi Pan/Pani roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej (OC samochodowe, odszkodowanie pracownicze itp...)? <input type="checkbox"/> Tak (proszę podać informacje poniżej) <input type="checkbox"/> Nie				
Imię i nazwisko prawnika: _____			Numer telefonu prawnika: _____	
<b>MAŁŻONEK/MAŁŻONKA/PORĘCZYCIEL LUB RODZIC (RODZICE) MAŁOLETNIEGO DZIECKA</b>		Relacje z pacjentem		Data urodzenia
Adres e-mail:				Numer ubezpieczenia społecznego
Nazwisko	Imię	Drugie (środkowe) imię		Telefon domowy
Nr telefonu komórkowego				
Pracodawca	Adres pracodawcy			
Miasto	Stan	Kod pocztowy		Miesięczny dochód brutto
Telefon służbowy				
<b>POZOSTAJĄCY NA UTRZYMANIU CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>				
Nazwisko:		Wiek		Relacje z pacjentem

**PREFERENCJE WZGLĘDEM SZPITALA**

Proszę wskazać szpital, w którym zaplanowano Pana/Pani pobyt lub który najprawdopodobniej Pan/Pani odwiedzi:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Christ Medical Center           | <input type="checkbox"/> Lutheran General Hospital    |
| <input type="checkbox"/> Condell Medical Center          | <input type="checkbox"/> Sherman Hospital             |
| <input type="checkbox"/> Good Samaritan Hospital         | <input type="checkbox"/> South Suburban Hospital      |
| <input type="checkbox"/> Good Shepherd Hospital          | <input type="checkbox"/> Trinity Hospital             |
| <input type="checkbox"/> Illinois Masonic Medical Center | <input type="checkbox"/> Advocate Children's Hospital |

**DOMNIEMANA KWALIFIKOWALNOŚĆ**

Nieubezpieczeni pacjenci, którzy wykażą jedno z wymienionych poniżej kryteriów domniemanej kwalifikowalności, niezależnie od tego, czy dotyczą ich one bezpośrednio czy też na zasadzie świadczeń dla członków Rodziny, automatycznie kwalifikują się do otrzymania bezpłatnej opieki zdrowotnej i nie muszą podawać żadnych informacji o dochodach, aktywach lub wydatkach\*. Advocate sprawdza kwalifikowalność drogą elektroniczną, gdy jest to możliwe, ale może potrzebować Pana/Pani pomocy przy wykazaniu tej kwalifikowalności.

**\* Mimo to pacjent wciąż będzie musiał podpisać zaświadczenie o złożeniu wniosku**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Program WIC (Women, Infants, and Children)               | <input type="checkbox"/> Program SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)  | <input type="checkbox"/> Darmowy lunch/śniadanie fundowane przez stan Illinois  |
| <input type="checkbox"/> Uwięziony  | <input type="checkbox"/> Bezdomność  | <input type="checkbox"/> Dotacja na świadczenia medyczne przyznawana przez Departament Zdrowia (DHHS)   |
| <input type="checkbox"/> Zmarły/-a bez pozostawienia żadnego majątku              | <input type="checkbox"/> Program TANF: pomoc tymczasowa dla potrzebujących rodzin (Temporary Assistance for Needy Families)  | <input type="checkbox"/> Program LIHEAP: Program pomocy dla gospodarstw domowych o niskich dochodach w spłaceniu rachunków za energię (Low Income Home Energy Assistance Program)                   |
| <input type="checkbox"/> Program pomocy medycznej oparty na lokalnej społeczności | <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pacjenta z powodów psychicznych, gdy nikt nie działa w jego imieniu   | <input type="checkbox"/> Program pomocy mieszkaniowej w zakresie wynajmu mieszkań w fundowany przez władze stanu Illinois (Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program) |
| <input type="checkbox"/> Przynależność do zakonu religijnego i ślub ubóstwa       | <input type="checkbox"/> Spełnienie kryteriów zakwalifikowania się do programu Medicaid, ale nie w dniu świadczenia lub w przypadku świadczeń nieobjętych tym ubezpieczeniem | <input type="checkbox"/> Wymagane informacje z oceny werbalnej  |

**INFORMACJE DOTYCZĄCE DOCHODÓW I AKTYWÓW**

Proszę podać co najmniej jedną z poniższych informacji dla każdego pracującego członka rodziny i podpisać poniższe oświadczenie:

- Kopia ostatniego odcinka wypłaty
- Kopie ostatnich formularzy W-2 i 1099
- Kopia ostatniej deklaracji podatkowej
- Oświadczenie Pana/Pani pracodawcy, jeśli wynagrodzenie zostało wypłacone w gotówce
- Wszelkie inne dowody weryfikacji pochodzące od osób trzecich dotyczące Pana/Pani dochodu (w tym ogłoszenia o przyznaniu nagrody, zestawienia świadczeń, nakazy sądowe itp....)

**POŚWIADCZENIE DOCHODÓW**

Jeśli nie może Pan/Pani przedstawić żadnej dokumentacji dotyczącej Pana/Pani dochodu, proszę wypełnić poniższe oświadczenie:

Ja \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), zaświadczam, że nie mam żadnych dokumentów potwierdzających, że miesięczny dochód mojej rodziny wynosi \_\_\_\_\_ dolarów.

Otrzymałe od:	kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Otrzymałe od:	kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____

**POZOSTAŁE DOCHODY**

Oprócz dochodów z pracy może Pan/Pani otrzymywać dochód lub wsparcie z innego źródła (na przykład z ubezpieczenia społecznego, z tytułu niepełnosprawności, alimentów na rzecz dziecka lub byłego współmałżonka, zasiłku z tytułu bezrobocia lub odszkodowania pracowniczego, emerytury dla weterana lub zasiłku z powodu jego niepełnosprawności, programu TANF, dochodu emerytalnego lub innych dochodów). Proszę podać źródło i kwotę dochodu.

**RACHUNKI BANKOWE/INWESTYCJE/AKTYWA** Proszę podać całkowite saldo bieżące dla każdego z poniższych.

Konta czekowe/oszczędnościowe/kredytowe:	_____dolarów	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Inne inwestycje (obligacje, akcje itp. z wyłączeniem kont IRA [indywidualne konto emerytalne] i/ lub innych kont emerytalnych):	_____dolarów	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Konto oszczędnościowe z wydatkami przeznaczonymi na zdrowie lub inne elastyczne konto oszczędnościowe	_____dolarów	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Samochody lub inne pojazdy	_____dolarów	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<b>NIERUCHOMOŚCI</b> Proszę podać informacje dotyczące wszelkich nieruchomości (budynków i/lub gruntów), które posiada Pan/Pani poza głównym miejscem zamieszkania.		
Jaka jest wartość wszystkich budynków i gruntów z odjęciem od niej długów zaciągniętych na poczet tych nieruchomości?	_____dolarów	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czy ta nieruchomość jest wykorzystywana jako źródło dochodu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Jaka jest wartość wszystkich gruntów (bez budynków) z odjęciem od niej długów zaciągniętych na poczet zakupu tych gruntów?	_____dolarów	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czy ta nieruchomość jest wykorzystywana jako źródło dochodu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

<b>MIESIĘCZNE INFORMACJE O WYDATKACH</b> Proszę poniżej wymienić swoje miesięczne wydatki. Te informacje mogą pomóc Advocate w podjęciu decyzji o Pana/Pani wniosku dotyczącym na przykład dużych zaległych rachunków, które mogą kryć się za trudną sytuacją finansową. Może Pan/Pani dostarczyć kopie tych wydatków (na przykład: rachunki telefoniczne, rachunki za prąd, rachunki za usługi medyczne, wyciągi bankowe lub czekowe itp.) do swojego wniosku.		
Mieszkalnia/Hipoteka/Wynajem	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Media (elektryczne, ogrzewanie/klimatyzacja, woda itp.)	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Żywność	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Transport	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Opieka zależna od innych osób	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Pożyczki	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Koszty leczenia	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____
Inne wydatki	Kwota _____dolarów	Częstość: <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Inne: _____

<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA - opcjonalne</b> Poniższe informacje wykorzystuje się wyłącznie do celów statystycznych. Następujące pytania są OPCJONALNE, a odpowiedzi pacjenta lub ich brak nie będą miały żadnego wpływu na wynik złożenia tego wniosku.			
<b><u>Rasa wnioskodawcy:</u></b>	<b><u>Grupa etniczna wnioskodawcy</u></b>	<b><u>Płeć wnioskodawcy</u></b>	<b><u>Preferowany język wnioskodawcy</u></b>
<input type="checkbox"/> Indianie amerykańscy i rdzenni mieszkańcy Alaski <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Czarna/Afroamerykanie <input type="checkbox"/> Rdzenni mieszkańcy Hawajów <input type="checkbox"/> Mieszkańcy innych wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Inna	<input type="checkbox"/> Pochodzenie latynoskie <input type="checkbox"/> Pochodzenie inne niż latynoskie <input type="checkbox"/> Nieznana	<input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska	<input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Arabski <input type="checkbox"/> Koreański <input type="checkbox"/> Polski <input type="checkbox"/> Rosyjski <input type="checkbox"/> Chiński (uproszczony) <input type="checkbox"/> Hiszpański <input type="checkbox"/> Inna

**Zaświadczenie o złożeniu wniosku:** Oświadczam, że informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i prawidłowe zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę składać wnioski o jakąkolwiek stanowiącą, federalną lub lokalną pomoc, do której mogę być uprawniony/-a i która pomoże mi w opłaceniu tego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że dostarczone informacje mogą zostać zweryfikowane przez Advocate Health Care i upoważniam Advocate Health Care do skontaktowania się z osobami/stronami trzecimi w celu zweryfikowania dokładności informacji podanych w tym Wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie przedstawię nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę kwalifikował się do pomocy finansowej świadczonej przez Advocate, każda udzielona mi pomoc finansowa może zostać cofnięta, a ja sam/-a będę odpowiedzialny/-a za opłacenie rachunku szpitalnego. Pacjent potwierdza, że w dobrej wierze starał się dostarczyć wszystkie informacje wymagane w tym wniosku, aby pomóc szpitalowi w ustaleniu, czy kwalifikuje się on/ona do pomocy finansowej.

Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Wniosek o wsparcie finansowe  
Financial Assistance Application

Numer konta pacjenta: \_\_\_\_\_

**Proszę wypełnić następujący fragment, jeśli polega Pan/Pani na kimś, kto zapewnia codzienne wydatki na życie:**

**OŚWIADCZENIE WSPARCIA**

\*\*\*do wypełnienia przez osobę udzielającą pomocy pacjentowi i/lub rodzinie pacjenta\*\*\*

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Nazwisko osoby zapewniającej potrzeby pacjenta: \_\_\_\_\_

Adres osoby wymienionej powyżej: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr tel. komórkowego: \_\_\_\_\_

Relacje z pacjentem: \_\_\_\_\_

Udzielam pacjentowi pomocy finansowej od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Zapewniam:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pokój i wyżywienie (zakwaterowanie i wyżywienie) | <input type="checkbox"/> Odzież          | <input type="checkbox"/> Opłaty na miesięczne wydatki  |
| <input type="checkbox"/> Wydatki szkolne                                  | <input type="checkbox"/> Wydatki na leki | <input type="checkbox"/> Koszty transportu: kredyt samochodowy, ubezpieczenie samochodu, koszty benzyny itp. |
| <input type="checkbox"/> Inne, proszę opisać: _____                       |  |  |

Mogę nadal zapewniać/pokrywać powyższe czynności/wydatki wymienionej osobie, ale nie jestem w stanie pokryć kosztów jego/jej leczenia.

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby udzielającej pomocy

\_\_\_\_\_  
Data

Proszę złożyć wypełnione wnioski do:	Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy? Możemy pomóc.
<b>Proszę wysłać pocztą do:</b> Advocate Health Care P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908; <b>Faks:</b> (630) 645-4691; <b>E-mail:</b> SRCO-FinancialAssistance@aah.org; lub dostarczyć dokumenty do doradcy finansowego pacjenta	<b>Proszę zadzwonić pod numer (847) 795-2300</b> lub spotkać się z doradcą finansowym pacjenta

Skargi lub wątpliwości związane z procesem składania wniosków o zniżkę dla pacjenta nieubezpieczonego można zgłaszać do Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (Biura opieki zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois). Kontakt z biurem można również uzyskać, dzwoniąc pod numer 1-877-305-5145.