WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA LUB WNIOSKODAWCY: _____

ADRES: _____

MIASTO: _____STAN: _____KOD POCZTOWY:_____

TEL.: _____STAN CYWILNY:_____

DATA USŁUGI: _____
NUMER KONTA: _____
CSN: _____
SZPITAL: _____

PONIŻSZE POLA <u>NALEŻY</u> WYPEŁNIĆ DO CELÓW ANALIZY WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ. NALEŻY PAMIĘTAĆ, ŻE PRZED OTRZYMANIEM POMOCY PACJENCI NIEUBEZPIECZENI MUSZĄ UCZESTNICZYĆ W PROGRAMIE UBEZPIECZENIOWYM U NASZEGO SPRZEDAWCY. DECYZJE ZOSTANĄ PODJĘTE W CIĄGU 90 DNI OD OTRZYMANIA WYPEŁNIONEGO WNIOSKU I UCZESTNICTWA W PROGRAMIE UBEZPIECZENIOWYM U NASZEGO SPRZEDAWCY.

NAZWISKO	ZWIĄZEK Z PACJENTEM	DATA URODZENIA	DOCHÓD CAŁKOWITY BRUTTO Z OSTATNICH 3 MIESIĘCY PRZED DATĄ USŁUGI	DOCHÓD CAŁKOWITY BRUTTO Z OSTATNICH 12 MIESIĘCY PRZED DATĄ USŁUGI	ŹRÓDŁO DOCHODÓW NAZWA PRACODAWCY (PODAĆ, JEŚLI PACJENT JEST UCZNIEM)
	SAMOZATRUDNIENIE				

1. **JEŚLI PACJENT ZGŁASZA ZEROWY DOCHÓD, Z CZEGO JEST UTRZYMYWANY?** _____
2. STAN, W KTÓRYM PACJENT MIESZKAŁ W CZASIE WIZYTY _____
3. CZY PACJENT WNIOSKOWAŁ O POMOC MEDICAID LUB INNĄ POMOC W HRABSTWIE? ☐ NIE ☐ TAK (DATA/STAN_____)
4. CZY W DNIU USŁUGI PACJENT POSIADAŁ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE? ☐ NIE ☐ TAK (DO NINIEJSZEGO WNIOSKU DODAĆ KOPIĘ KARTY)
5. CZY DATA USŁUGI BYŁA ZWIĄZANA Z WYPADKIEM SAMOCHODOWYM? ☐ NIE ☐ TAK (NAZWA UBEZPIECZENIA/WNIOSEK NR _____)
6. CZY KTOŚ Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO PACJENTA POSIADA RACHUNEK CZEKOWY LUB OSZCZĘDNOŚCIOWY?
   ☐ NIE ☐ TAK (WARTOŚĆ _____)
7. CZY KTOŚ Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO PACJENTA MA INNE AKTYWA? ☐ NIE ☐ TAK (RODZAJ/WARTOŚĆ)_____)
8. CZY PACJENT POSIADA NA WŁASNOŚĆ LUB WYNAJMUJE MIESZKANIE? ☐ POSIADAM NA WŁASNOŚĆ ☐ WYNAJMUJĘ ☐ INNE (_____)

W PRZYPADKU WYSZCZEGÓLNIONYCH POWYŻEJ AKTYWÓW DOCHODOWYCH NALEŻY PODAĆ NASTĘPUJĄCE INFORMACJE DOTYCZĄCE KAŻDEGO CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO:

(prosimy o zaznaczenie odpowiednich pól)

☐ ZATRUDNIENIE = DOCHÓD Z 3 LUB 12 MIESIĘCY
☐ BEZROBOCIE = DECYZJA O PRZYZNANIU ZASIŁKU
☐ POMOC SPOŁECZNA = DECYZJA O PRZYZNANIU ZASIŁKU
☐ EMERYTURA LUB RENTA = DECYZJA O PRZYZNANIU ZASIŁKU
☐ SAMOZATRUDNIENIE = WYPEŁNIĆ FORMULARZE PODATKOWE, W TYM ZAŁĄCZNIK C
☐ ALIMENTY NA RZECZ DZIECKA = NAKAZ SĄDU
☐ INNE = DOWÓD POTWIERDZAJĄCY INNY DOCHÓD, NP. DYWIDENDY, ODSETKI, DOCHÓD Z WYNAJMU
☐ RACHUNEK CZEKOWY/ OSZCZĘDNOŚCIOWY = AKTUALNE ZESTAWIENIE Z 30 DNI Z KAŻDEGO RACHUNKU

POŚWIADCZENIE: *SKŁADAJĄC PODPIS NA NINIEJSZYM DOKUMENCIE, POŚWIADCZAM, ŻE PODANE NA WNIOSKU ODPOWIEDZI SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. JEŻELI ANALIZA WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ WYKAZAŁA, ŻE INFORMACJE PODANE NA WNIOSKU SĄ NIEPRAWDZIWE LUB FAŁSZYWE, DECYZJA W SPRAWIE PRZYZNANIA POMOCY FINANSOWEJ MOŻE BYĆ UCHYLONA, A OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZOSTANIE POCIĄGNIĘTA DO POKRYCIA KOSZTÓW. ROZUMIEM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE INFORMACJE PODLEGAJĄ WERYFIKACJI PRZEZ SZPITAL, W TYM AGENCJE INFORMACJI KREDYTOWEJ, ORAZ SPRAWDZENIU PRZEZ AGENCJE FEDERALNE I/LUB STANOWE ORAZ W RAZIE KONIECZNOŚCI PRZEZ INNE ORGANY.*

PODPIS PACJENTA: _____ **DATA:** _____

PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA:_____**ZWIĄZEK:**_____**DATA:**_____
(JEŚLI NIE JEST PACJENTEM)

WYPEŁNIONY WNIOSEK WRAZ Z DOKUMENTACJĄ PRZESŁAĆ NA ADRES:
Bon Secours Mercy Health, P.O. Box 742431
Atlanta GA 30374-2431