

ZAHTEJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ UNIVERSITY HOSPITALS

Ako smatrate da zadovoljavate uvjete za financijsku pomoć, ispunite ovaj zahtjev. Zahtjev mora biti u potpunosti ispunjen i potpisan da bi se uzeo u obzir. Ako imate pitanja ili nedoumica vezano za ovaj zahtjev ili Vam je potrebna pomoć pri ispunjavanju, nazovite nas na (216) 844-8299 ili (800) 859-5906 ili dođite u bilo koju UH bolnicu.

Ime pacijenta: _____ Datum rođenja pacijenta: _____ Datum usluge: _____
 Adresa: _____ Bračno stanje: _____ Broj računa: _____
 Grad: _____ Br. telefona: _____ Bolnica u koju ste primljeni: _____
 Država: _____ Poštanski broj: _____

Jeste li na datum usluge imali prebivalište u državi Ohio? Da Ne

Imate li zdravstveno osiguranje koje pokriva ove usluge? Da Ne *Ako je odgovor da, unesite informacije u nastavku i priložite kopiju kartice osiguranja*

Naziv osiguravajućeg društva: _____ Br. Police: _____ Br. grupe: _____

Zadovoljavate li uvjete osiguranja prema Zakonu o osiguranju (COBRA)? Da Ne

Primate li potporu Medicaid? Da Ne *Ako je odgovor da, unesite br. _____ računa za fakturiranje i priložite kopiju kartice Medicaid*

Imate li Program naknade troškova za zdravstvo Štedni račun za zdravstvo Račun za fleksibilnu potrošnju

U nastavku navedite sve članove kućanstva. Navedite roditelje, supružnike (neovisno o tome žive li u istom domu) i djecu (vlastitu ili posvojenu) mlađu od 18 godina, koja žive u istom kućanstvu kao i pacijent. Priložite kopije dokumenata o prihodima, kao što su potvrde o plaći, odluka o socijalnom osiguranju, naknade za ozljede na radu, povrat poreza ili se obratite financijskom savjetniku UH-a kako biste provjerili koje druge dokumente možete predati kao dokaz da zadovoljavate uvjete za financijsku pomoć.

Članovi obitelji pacijenta	Dob	Srodstvo s pacijentom	Izvor prihoda ili naziv poslodavca	Prihodi u 3 mjeseca koja prethode datumu usluge	Prihodi u 12 mjeseci koji prethode datumu usluge
Pacijent -		osobno			
2.					
3.					
4.					
5.					

Ako ste prethodno naveli prihod od 0,00 USD, navedite kratko objašnjenje kako ste se (ili kako se pacijent) tijekom navedenog razdoblja financijski održali.

Također imam račune sa sljedećih lokacija UH-a: CMC AHUJA RH RICHMOND RH BEDFORD GEAUGA GENEVA CONNEAUT PORTAGE
 ST JOHN ELYRIA PARMA SAMARITAN UH MEDICAL GROUP

Svojim potpisom potvrđujem da su odgovori navedeni na ovom zahtjevu prema mojim saznanjima istiniti. Shvaćam da je svjesno davanje lažnih informacija u svrhu iskorištavanja državnih potpora protuzakonito. Nadalje, shvaćam da druge strane mogu koristiti informacije koje ovdje navedem. Ovime ih ovlašćujem da ih koriste.

Potpis odgovorne osobe: X _____ **Datum:** _____
 Potpis predstavnika UH-a: X _____ **Datum:** _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB MI
 Medical Record No: _____ Date Completed: _____

MEDICINSKI NEOPHODNI TROŠKOVI U KALENDARSKOJ 2016. GODINI

Ovaj obrazac upotrebljava se za identifikaciju gotovinskih medicinski neophodnih troškova kako biste mogli provjeriti zadovoljavate li uvjete za dodatnu financijsku pomoć prema Pravilniku o financijskoj pomoći UH-a.

ISPUNITE ISKLJUČIVO AKO STE OSIGURANI PACIJENT KOJI TRAŽI FINACIJSKU POMOĆ ILI AKO STE NEOSIGURANA OSOBA ČIJI JE PRIHOD VEĆI OD 250 % SMJERNICA O SIROMAŠTVU SAD-A

Navedite sve bolničke, liječničke i ljekarničke usluge koje su Vam pružene i koje ste obvezni platiti u 2016. godini. Imajte na umu da je za sve troškove potrebno predati objašnjenje troškova koje plaća osiguranje.

<u>PRUŽATELJ USLUGE</u>	<u>DATUM USLUGE</u>	<u>PLAĆA PACIJENT</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

UKUPNI DUG PACIJENTA ZA OVU KALENDARSKU GODINU _____

Potrebna Vam je pomoć pri ispunjavanju ovog zahtjeva? Nazovite (216) 844-8299 ili (800) 859-5906

Ispunjeni zahtjev predajte organizaciji University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ o 10 o 15 o 20 o 25 o NOT QUALIFIED Date Completed: _____