

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ UNIVERSITY HOSPITALS

Wniosek należy wypełnić, jeśli wnioskodawca uważa, że może się kwalifikować jako odbiorca pomocy finansowej. W celu rozpatrzenia wniosku należy złożyć wypełniony cały formularz, razem z podpisem. W przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących tego wniosku lub chęci uzyskania pomocy podczas jego wypełniania należy zadzwonić pod nr (216) 844-8299 lub (800) 859-5906 lub udać się do dowolnej placówki UH.

Nazwisko pacjenta: _____	Data urodzenia pacjenta: _____	Data wykonania usługi: _____
Adres: _____	Stan cywilny: _____	Nr rachunku: _____
Miejscowość: _____	Tel.: _____	Placówka przyjmująca: _____
Stan: _____ Kod pocztowy: _____		

Czy w dacie wykonania usługi mieszkał(a) Pan(i) w stanie Ohio? Tak Nie

Czy ma Pan(i) ubezpieczenie zdrowotne obejmujące te usługi? Tak Nie *Jeśli tak, proszę uzupełnić dane i dołączyć kopię karty ubezpieczenia*

Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy: _____ Nr grupy: _____

Czy spełnia Pan(i) kryteria przepisów COBRA? Tak Nie

Czy otrzymuje Pan(i) świadczenia Medicaid? Tak Nie *Jeśli tak, proszę podać nr rozliczeniowy _____ i dołączyć kopię karty Medicaid*

Czy posiada Pan(i) Umowę dot. zwrotu kosztów opieki zdrowotnej Rachunek oszczędnościowy na cele zdrowotne Elastyczny rachunek wydatków

Poniżej proszę wymienić wszystkich członków swojego gospodarstwa domowego. Należy uwzględnić rodziców, współmałżonków (bez względu na to, czy mieszkają w tym samym domu) i dzieci (biologiczne i przysposobione) do 18 lat, mieszkających w jednym domu z pacjentem. Należy dołączyć kopie dokumentów potwierdzających przychody, np. paski wypłaty, decyzje dotyczące ubezpieczenia społecznego, odszkodowania pracownicze i zeznania podatkowe, albo skontaktować się z Doradcą ds. finansów UH, żeby omówić inne potwierdzenia, jakie można przedstawić dla wykazania spełnienia kryteriów.

Pacjent i jego krewni	Wiek	Stosunek łączący osobę z pacjentem	Źródło przychodów lub nazwa pracodawcy	Przychody za 3 miesiące przed datą wykonania usługi	Przychody za 12 miesięcy przed datą wykonania usługi
Pacjent		sam pacjent			
2.					
3.					
4.					
5.					

Jeśli powyżej podano, że przychody wyniosły 0,00 USD, należy krótko wyjaśnić, jak udało się Państwu przetrwać finansowo w okresie wskazanym wyżej.

Otrzymuję także rachunki z następujących lokalizacji UH:
 CMC
 AHUJA
 RH RICHMOND
 RH BEDFORD
 GEAUGA
 GENEVA
 CONNEAUT
 PORTAGE
 ST JOHN
 ELYRIA
 PARMA
 SAMARITAN
 UH MEDICAL GROUP

Złożenie podpisu pod niniejszym formularzem stanowi oświadczenie, że według najlepszej wiedzy i przekonania wnioskodawcy odpowiedzi udzielone we wniosku są zgodne z prawdą. Wnioskodawca ma świadomość, że umyślne podanie nieprawdziwych informacji w celu uzyskania świadczeń jest sprzeczne z prawem. Wnioskodawca ma także świadomość, że informacje podane we wniosku mogą zostać wykorzystane przez podmioty trzecie. Wnioskodawca niniejszym upoważnia je do wykorzystania informacji.

Podpis osoby upoważnionej: X _____ **Data:** _____
Podpis przedstawiciela UH: X _____ **Data:** _____

WYDATKI NIEZBĘDNE ZE WZGLĘDÓW MEDYCZNYCH, PONIESIONE W ROKU KALENDARZOWYM 2016

W niniejszym formularzu wskazuje się bieżące wydatki niezbędne ze względów medycznych w celu ustalenia, czy wnioskodawca kwalifikuje się jako odbiorca dodatkowej pomocy w ramach (Zasad udzielania pomocy finansowej UH).

DO WYPEŁNIENIA WYŁĄCZNIE PRZEZ UBEZPIECZONYCH PACJENTÓW SZUKAJĄCYCH POMOCY LUB W PRZYPADKU NIEUBEZPIECZONYCH PACJENTÓW O DOCHODZIE WIĘKSZYM NIŻ 250% FEDERALNYCH WYTYCZNYCH W SPRAWIE UBÓSTWA

Proszę wymienić wszystkie usługi szpitali, lekarzy i aptek, które obciążają wnioskodawcę w związku z usługami wykonanymi w 2016 roku. Uwaga: do wszystkich wydatków należy dołączyć zestawienie świadczeń ubezpieczeniowych.

<u>ŚWIADCZENIODAWCA</u>	<u>DATA USŁUGI</u>	<u>DO ZAPŁATY PRZEZ PACJENTA</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
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

SUMA NALEŻNOŚCI PACJENTA W BIEŻĄCYM ROKU KALENDARZOWYM _____

Czy mają Państwo pytania dotyczące wypełniania wniosku? Prosimy o kontakt pod numerem (216) 844-8299 lub (800) 859-5906.

Wypełniony wniosek należy wysłać na adres: 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: _____