

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Nr rachunku: \_\_\_\_\_

**MOŻE PAN(I) MIEĆ PRAWO DO OTRZYMANIA BEZPŁATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB ZNIŻKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ** Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże pracownikom szpitala Norwegian American Hospital (NAH) ustalić, czy może Pan(i) otrzymać bezpłatne usługi lub zniżkę na usługi lub skorzystać z innych publicznych programów zapewniających wsparcie w spłacie kosztów opieki zdrowotnej.

**W PRZYPADKU BRAKU UBEZPIECZENIA NIE JEST WYMAGANY NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO DO UZYSKANIA PRAWA DO SKORZYSTANIA Z BEZPŁATNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ LUB ZNIŻKI NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ.** Jednakże numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych publicznych programów takich jak Medicaid i pomoże pracownikom szpitala ustalić, czy pacjent kwalifikuje się do dowolnego z programów publicznych. Proszę wypełnić niniejszy formularz i przekazać go osobiście, pocztą tradycyjną lub elektroniczną bądź faksem, aby aplikować o bezpłatną opiekę medyczną lub zniżkę na opiekę medyczną w ciągu 240 dni od daty wypisania ze szpitala lub otrzymania opieki w ambulatorium. Pacjent potwierdza, że podjął w dobrej wierze starania w celu przekazania wszystkich informacji wymaganych we wniosku, by pomóc pracownikom szpitala NAH w ustaleniu jego uprawnień do ubiegania się o pomoc finansową.

**W PRZYPADKU BRAKU UBEZPIECZENIA I SPEŁNIENIA OKREŚLONYCH KRYTERIÓW DOMNIEMANIA UPRAWNIENI PACJENT NIE MUSI WYPEŁNIAĆ NINIEJSZEGO WNIOSKU.**

- Bezdomność  
 Zmarły bez majątku  
 Niepełnosprawność umysłowa oraz brak osoby występującej w imieniu pacjenta  
 Zakwalifikowanie do programu Medicaid, lecz bez daty usługi

### WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko wnioskodawcy		Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia	
Adres domowy		Miasto		Stan	
Kod pocztowy		Stacjonarny numer telefonu		Numer telefonu komórkowego	
Adres e-mail		Preferowana metoda kontaktu <input type="checkbox"/> Poczta tradycyjna <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon stacjonarny <input type="checkbox"/> Telefon komórkowy <input type="checkbox"/> Jestem osobą bezdomną		Roczny dochód gospodarstwa domowego	
Stan cywilny wnioskodawcy <input type="checkbox"/> Mężatka/Żonaty <input type="checkbox"/> Osoba samotna <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Rozwiedziony(-a) <input type="checkbox"/> Wdowa/Wdowiec		Liczba członków gospodarstwa domowego (zgodnie ze zgłoszeniem podatkowym)		Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> Zatrudniony(-a) <input type="checkbox"/> Samozatrudniony(-a) <input type="checkbox"/> Na emeryturze <input type="checkbox"/> Niepełnosprawny(-a) <input type="checkbox"/> Bezrobotny(-a) –	
Data ostatniego zatrudnienia: _____		Nazwa pracodawcy		Numer telefonu	
Adres pracodawcy		Miasto		Stan	
Kod pocztowy		Nazwa planu ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę (w tym COBRA)		<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne niezapewnione	

### MAŁŻONEK/MAŁŻONKA / PARTNER/PARTNERKA / RODZIC / PORĘCZYCIEL (stosownie do okoliczności)

Relacja <input type="checkbox"/> Małżonek/Mażonka <input type="checkbox"/> Partner/Partnerka <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Poręczyciel <input type="checkbox"/> Inne: _____					
Imię i nazwisko		Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia	
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> Zatrudniony(-a) <input type="checkbox"/> Samozatrudniony(-a) <input type="checkbox"/> Na emeryturze <input type="checkbox"/> Niepełnosprawny(-a) <input type="checkbox"/> Bezrobotny(-a) –		Data ostatniego zatrudnienia: _____		Nazwa pracodawcy	
Numer telefonu		Adres pracodawcy		Miasto	
Kod pocztowy		Stan		Nazwa planu ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę (w tym COBRA)	
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne niezapewnione					

### ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Podlega Pan(i) lub kwalifikuje się Pan(i) do dowolnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem zagranicznej ochrony ubezpieczeniowej, giełdy ubezpieczeń zdrowotnych,  Tak  Nie  
 świadczeń dla weteranów, programu Medicaid i Medicare?

a. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi Tak, proszę podać następujące informacje:

Posiadacz polisy	Ubezpieczyciel	Numer polisy
Posiadacz polisy	Ubezpieczyciel	Numer polisy

### Wniosek o przyznanie pomocy finansowej

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Nr rachunku: \_\_\_\_\_

### ANKIETA

1. Czy w chwili otrzymania opieki zdrowotnej mieszkał(a) Pan(i) na terenie stanu Illinois?

Tak  Nie

2. Czy jest Pan(i) cudzoziemcem/cudzoziemką przebywającym(-ą) w stanie Illinois na podstawie amerykańskiej wizy?

Tak  Nie

a. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi Tak, proszę podać rodzaj wizy.  
 \_\_\_\_\_

3. Czy ubiega się Pan(i) o pomoc finansową z tytułu opieki otrzymanej na ostrym dyżurze / oddziale ratunkowym?

Tak  Nie

4. Jeśli jest Pan(i) osobą rozwiedzioną lub w separacji, czy Pana(-i) były małżonek/małżonka lub partner/partnerka ponosi finansową odpowiedzialność za zapewnienie opieki medycznej  nie dotyczy  Tak  Nie  
 zgodnie z porozumieniem rozwodowym lub separacyjnym?

5. Czy udzielone leczenie dotyczyło dowolnego z poniższych?

Wypadek  Przystępstwo  Uraz w miejscu pracy  Inne:

6. Czy zatrudnił(a) Pan(i) pełnomocnika lub dochodzi Pan(i) roszczeń z tytułu urazu lub choroby?

Tak  Nie

7. Czy złożył(a) już Pan(i) wniosek o udział w programie Medicaid? (*szpital może wymagać złożenia takiego wniosku*)

Tak, czekam na zatwierdzenie  Tak, nie kwalifikuję się  Nie

a. Jeśli nie, proszę zaznaczyć wszystkie poniższe punkty, które Pana(-i) dotyczą:

Ma Pan(i) 19 lat lub mniej  Ma Pan(i) 65 lat lub więcej  Jest Pan(i) osobą niewidomą  
 Przyjmuje Pani leki na cukrzycę, nadciśnienie lub ataki  Został(a) Pan(i) uznany(-a) za osobę niepełnosprawną przez organ administracji ds. ubezpieczeń społecznych  Ma Pan(i) dzieci w wieku poniżej 19 lat, które mieszkają z Panem/Panią

### SKŁADNIKI MAJĄTKU

1. **Nieruchomości.** Proszę podać informacje dotyczące wszelkich posiadanych przez Pana/Panią nieruchomości (*budynków i/lub gruntów*) **poza Pana/Pani głównym miejscem zamieszkania.**

a. Jaka jest wartość wszystkich budynków i gruntów pomniejszona o kwotę należności z tytułu nieruchomości?

\_\_\_\_\_ USD  nie dotyczy

i. Czy nieruchomość jest wykorzystywana jako źródło dochodu?  Tak  Nie

b. Jaka jest wartość gruntów (*bez budynków*) pomniejszona o kwotę należności z tytułu nieruchomości?

\_\_\_\_\_ USD  nie dotyczy

i. Czy nieruchomość jest wykorzystywana jako źródło dochodu?  Tak  Nie

2. **Rachunki bankowe / Inwestycje.** Proszę wskazać całkowite bieżące saldo każdego z poniższych rachunków.

a. rachunki rozliczeniowe / oszczędnościowe / kasy spółdzielczej:

\_\_\_\_\_ USD  nie dotyczy

b. inne inwestycje (*obligacje, akcje itp. z wyłączeniem indywidualnych kont emerytalnych i/lub kont emerytalnych*):

\_\_\_\_\_ USD  nie dotyczy

Zaświadczam, że informacje podane w tym wniosku są prawdziwe i prawidłowe zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę ubiegać się o dowolną stanową, federalną lub lokalną pomoc, do której mogę mieć uprawnienia, w ramach wsparcia przy spłacie wskazanego rachunku za opiekę szpitalną. Rozumiem, że przekazane informacje mogą być sprawdzane przez szpital NAH oraz upoważniam szpital NAH do kontaktowania się z podmiotami zewnętrznymi w celu sprawdzenia poprawności danych podanych w niniejszym wniosku. Mam świadomość, że w przypadku świadomego podania nieprawdziwych informacji w niniejszym wniosku lub jeśli wniosek będzie zawierał innego rodzaju poważny błąd lub pominięcie, nie będę mieć uprawnień do skorzystania z pomocy finansowej oraz wszelka udzielona mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę odpowiadać za opłacenie rachunku.

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

\_\_\_\_\_  
Podpis małżonka/małżonki / partnera/partnerki / rodzica / poręczyciela  
(stosownie do okoliczności)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data

Proszę odesłać kompletny wniosek oraz dokumenty uzupełniające na adres:

**Norwegian American Hospital (Szpital norwesko-amerykański)**

Do wiadomości: Registration / Financial Counselor (ZB) (Punkt rejestracji / doradca finansowy)

1044 N. Francisco Ave.

Chicago, IL 60622

Numer telefonu (773) 292-8369 | Numer faksu (773) 278-8826

## Wniosek o przyznanie pomocy finansowej

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Nr rachunku: \_\_\_\_\_

### Dokumentacja uzupełniająca wymagana do ubiegania się o pomoc finansową

Proszę przekazać dokumenty wskazane poniżej. Pana/Pani wniosek może zostać opóźniony lub odrzucony w przypadku niezłączenia żadnego z wymaganych dokumentów. Jeśli nie może Pan(i) przekazać dokumentu, proszę wysłać pismo z wyjaśnieniem.

#### Wymagane:

- Dokumenty podatkowe: Proszę przekazać ostatnią federalną deklarację podatkową oraz formularz W-2 lub IRS Form 4506-T; Request for Transcript of Tax Return (Wniosek o kopię deklaracji podatkowej).
- Ważny dokument tożsamości ze zdjęciem wydany przez władze państwowe:
  - Prawo jazdy, paszport itp.
- Dowód zamieszkania na terenie stanu Illinois: Proszę przekazać przynajmniej jeden z następujących dokumentów.
  - Ważny dokument tożsamości ze zdjęciem wydany przez władze stanowe lub prawo jazdy
  - Ostatni rachunek za media na adres pocztowy na terenie stanu Illinois
  - Karta rejestracji wyborcy w stanie Illinois
  - Aktualna korespondencja zaadresowana do wnioskodawcy od przedstawiciela administracji państwowej lub z innego wiarygodnego źródła
  - Pismo ze schroniska dla bezdomnych
- Zaświadczenie o dochodach: Proszę przekazać wszystkie obowiązujące dokumenty wskazane poniżej.
  - Kopie dwóch ostatnich dowodów płatności zasiłku dla bezrobotnych

- Kopie dwóch ostatnich dowodów wypłaty wynagrodzenia od pracodawcy
- Kopie dwóch ostatnich dowodów płatności na poczet ubezpieczenia społecznego
- Dokumentacja potwierdzająca stan majątku: Proszę przekazać ostatni wyciąg ze wszystkich kont rozliczeniowych, oszczędnościowych i kasy spółdzielczej
- Wypełniony i podpisany wniosek

**Uzupełniająca/inne:**

- Dokumenty potwierdzające dochód pozapłacowy: Proszę przekazać następujące właściwe dokumenty, tylko w przypadku niewysłania deklaracji podatkowej za poprzedni rok kalendarzowy lub jeśli dowolne z następujących źródeł dochodu będzie inne w bieżącym roku kalendarzowym niż w poprzednim roku kalendarzowym
  - Wykaz dochodu z tytułu alimentów
  - Wykaz dochodów z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej
  - Wykaz dochodu z tytułu emerytury lub renty
- W przypadku pozostawania w związku małżeńskim lub rejestrowanym związku partnerskim: Proszę przekazać następujące odpowiednie dokumenty dotyczące Pana(-i) małżonki/małżonka lub partnerki/partnera
  - Potwierdzenie dochodu i dochodu pozapłacowego (zgodnie z powyższym opisem)
  - Federalna deklaracja podatkowa oraz formularz W-2 lub IRS Form 4506-T: Request for Transcript of Tax Return (Wniosek o kopię deklaracji podatkowej)
  - Ostatni wyciąg ze wszystkich kont rozliczeniowych, oszczędnościowych i kasy spółdzielczej
- Dodatkowe/inne (jeśli mają zastosowanie):
  - Karta ubezpieczenia zdrowotnego (proszę skopiować przednią i tylną część)
  - Pismo zatwierdzające/odrzucające członkostwo w programie Medicaid
  - List poświadczający (tzn. jeśli Pana/Pani koszty utrzymania są opłacane przez inną stronę)