



Swedish Covenant Hospital

Dziękujemy za wybór Swedish Covenant Hospital (Szwedzki Szpital Przymierza) jako Państwa placówki służby zdrowia.

Ważne: MOGĄ SIĘ PAŃSTWO KWALIFIKOWAĆ DO UZYSKANIA OPIEKI BEZPŁATNEJ LUB ZE ZNIŻKĄ. Wypełnienie niniejszego wniosku umożliwi Swedish Covenant Hospital określenie, czy są Państwo uprawnieni do usług darmowych bądź ze zniżką, lub czy mogą Państwo zostać objęci innymi publicznymi programami, w ramach których możliwa będzie refundacja kosztów Państwa leczenia. Prosimy o złożenie tego wniosku w szpitalu.

JEŚLI NIE SĄ PAŃSTWO UBEZPIECZENI, W CELU ZAKWALIFIKOWANIA SIĘ DO BEZPŁATNEJ OPIEKI BĄDŹ ZNIŻKI NIE JEST KONIECZNY SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO). Jednakże social security number jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, w tym Medicaid. Podanie social security number nie jest wymagane, jednak pomoże szpitalowi w określeniu, czy mogą Państwo zostać objęci którymś z programów publicznych.

Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i złożenie go w szpitalu osobiście, przesłanie pocztą bądź faksem, w celu wniesienia wniosku o darmową opiekę lub o zniżkę, w terminie 60 dni od daty wypisania lub udzielenia opieki ambulatoryjnej.

Prosimy dołączyć dodatkowe dokumenty potwierdzające uzyskiwane przez Państwa dochody. Przykładowe dokumenty (prosimy o przekazanie dowolnych z tych dokumentów, które znajdują się w Państwa posiadaniu): aktualne odcinki wypłat, rachunki wystawione w ramach samodzielnie prowadzonej działalności, kopie dowodów wypłaty zasiłku dla osób bezrobotnych, kopie dowodów wypłaty emerytury z ubezpieczenia społecznego, lista płatności otrzymanych od pracodawcy w gotówce lub dowolny inny dokument pisemny. Jeżeli otrzymują Państwo wypłaty od pracodawcy w gotówce, prosimy określić na piśmie w niniejszym wniosku zarobki uzyskane w dwóch ostatnich okresach, za które przysługiwało Państwu wynagrodzenie.

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w zrozumieniu czynności, które należy wykonać prosimy skontaktować się z Credit Services Office (biurem usług kredytowych) (773-989-3841). Wypełnione wnioski można przesłać pocztą na adres lub faksem pod numer:

Swedish Covenant Hospital
Attention: Financial Service Center
5145 N. California Avenue
Chicago, IL 60625

Faks: 773-878-6838

Pacjent potwierdza, że w dobrej wierze podjął wysiłki w celu podania wszelkich informacji wymaganych dla wniosku, aby ułatwić szpitalowi ustalenie, czy pacjent kwalifikuje do otrzymania pomocy finansowej.

OŚWIADCZENIE

uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może podlegać zwrotowi i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie rachunku za opiekę szpitalną.

Podpis pacjenta/osoby wnioskującej/data



Swedish Covenant Hospital

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Data podania: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Numer(y) konta: _____

Całkowita kwota obciążająca pacjenta: _____

Termin dostarczenia informacji: _____

Oświadczenie pacjenta

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym pacjenta _____

Liczba osób na utrzymaniu pacjenta _____

Wiek osób na utrzymaniu pacjenta _____

Proszę podać obecne zarobki i dochody (w ujęciu tygodniowym, w okresie dwóch tygodni, miesiąca, roku)

Pacjent _____

Współmałżonek _____

Inni _____

Uwagi: _____

Aktywa i informacje dotyczące szacowanej wartości aktywów, ograniczone do poniższych:

Rachunek(-ki) oszczędnościowo-rozliczeniowy(-e): _____

Konto(-a) oszczędnościowe: _____

Akcje: _____

Certyfikaty depozytowe: _____

Fundusze inwestycyjne: _____

Samochody: _____

Nieruchomości: _____

Zdrowotne konto(-a) oszczędnościowe/konto(-a) FSA: _____

Informacje dotyczące miesięcznych wydatków i szacowane kwoty wydatków, ograniczone do poniższych:

Wydatki na mieszkanie: _____

Wydatki na usługi komunalne:

Prąd _____

Ogrzewanie _____

Woda _____

Żywność: _____

Transport: _____

Opieka nad dziećmi: _____

Pożyczki: _____

Jeśli pacjent spełnia kryterium uprawnienia do opieki na podstawie domniemania, ustalone w Paragrafie 4500.40 lub gdy istnieje inne domniemanie, że jest uprawniony ze względu na dochody, pacjent nie musi wypełniać części wniosku dotyczących informacji o miesięcznych wydatkach i szacowanych kwotach wydatków, wykazanych w podpunkcie (g).

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Będę ubiegał(a) się o wszelką pomoc stanową, federalną, bądź lokalną, jaka może mi przysługiwać celem uregulowania niniejszego rachunku za opiekę szpitalną. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital oraz upoważniam szpital do kontaktu ze stronami trzecimi w celu weryfikacji dokładności podanych informacji. Rozumiem, że jeśli świadomie podam w niniejszym wniosku nieprawdziwe informacje, nie będę kwalifikował(a) się do uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może podlegać zwrotowi i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie rachunku za opiekę szpitalną.

Podpis pacjenta/osoby wnioskującej/data