

**Wniosek o pomoc finansową**
**Numery kont pacjenta:** \_\_\_\_\_

**Ważne: może być Pan/Pani uprawniony(-a) do korzystania z usług opieki medycznej bez żadnych opłat lub w obniżonej cenie.**

Wypełnienie tego wniosku pomoże NorthShore – Edward Elmhurst Health (NS-EEH) ustalić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do korzystania z bezpłatnych lub objętych zniżką usług bądź innych programów publicznych ułatwiających pokrywanie kosztów opieki zdrowotnej. Jeżeli nie posiada Pan/Pani ubezpieczenia, nie musi Pan/Pani podawać numeru ubezpieczenia społecznego, aby zakwalifikować się do darmowej lub objętej zniżką opieki zdrowotnej. Niemniej numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku udziału w niektórych programach, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest obowiązkowe, ale pomoże NS-EEH określić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do dowolnego z publicznych programów wsparcia.

Prosimy o wypełnienie tego formularza bez zbędnej zwłoki po dacie realizacji usługi w celu umożliwienia placówce NS-EEH ustalenia Pana/Pani uprawnienia do otrzymywania pomocy finansowej. Placówki NS-EEH są zobowiązane przyjąć Pana/Pani wniosek przez okres do 240 dni od daty pierwszego rozliczenia kosztów opieki.

Pacjent oświadcza, że podjął wszelkie starania w dobrej wierze w celu wpisania we wniosku wszystkich wymaganych informacji mających na celu pomoc NS-EEH w określeniu uprawnienia pacjenta do otrzymywania pomocy finansowej.

INSTRUKCJE: PROSIMY O WYPEŁNIENIE WNIOSKU W CAŁOŚCI I PODPISANIE UPOWAŻNIENIA DO WERYFIKACJI ZAWARTYCH W NIM INFORMACJI.				
<b>INFORMACJE NA TEMAT WNIOSKODAWCY</b>				
Adres e-mail				Wielkość rodziny (liczba osób, wliczając pacjenta)
Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego
Ulica	Nr mieszkania	Miasto	Stan	Kod pocztowy
Telefon domowy				
Nazwa pracodawcy		Adres pracodawcy		Telefon komórkowy
Miasto pracodawcy		Stan	Kod pocztowy	Dochód miesięczny brutto
Telefon służbowy				
Rasa (opcjonalnie)	Pochodzenie etniczne (opcjonalnie)	Płeć (opcjonalnie)		Preferowany język (opcjonalnie)
<b>MAŁŻONEK/PORĘCZYCIEL LUB RODZIC(E) OSOBY NIELETNIEJ (JEŚLI DOTYCZY)</b>				
Adres e-mail			Relacja z pacjentem	Data urodzenia
Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Numer ubezpieczenia społecznego	
Ulica	Nr mieszkania	Miasto	Stan	Kod pocztowy
Telefon domowy				
Nazwa pracodawcy		Adres pracodawcy		Telefon komórkowy
Miasto pracodawcy		Stan	Kod pocztowy	Dochód miesięczny brutto
Telefon służbowy				

**Jednoznaczna kwalifikowalność:**

**Nieubezpieczeni** pacjenci, którzy spełniają co najmniej jedno z wymienionych poniżej kryteriów jednoznacznej kwalifikowalności indywidualnie lub dzięki świadczeniom pobieranym przez członków ich rodziny, są automatycznie uprawnieni do **darmowej opieki** i **nie wymaga się od nich potwierdzenia wysokości uzyskiwanych dochodów**. W miarę możliwości kwalifikowalność jest przez nas weryfikowana drogą elektroniczną, ale możemy również poprosić pacjenta o pomoc w procesie ustalania jego kwalifikowalności.

**Zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PROGRAM DOŻYWIANIA KOBIET, NIEMOWLĄT I DZIECI (WOMEN, INFANTS AND CHILDREN NUTRITION PROGRAM, WIC)  | <input type="checkbox"/> PROGRAM POKRYWANIA KOSZTÓW ENERGII I OGRZEWANIA DLA OSÓB O NISKICH DOCHODACH (LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM, LIHEAP) |
| <input type="checkbox"/> PROGRAM DODATKOWEJ POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)  | <input type="checkbox"/> OPARTY NA POMOCY SPOŁECZNEJ PROGRAM POMOCY MEDYCZNEJ (COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM)                                |
| <input type="checkbox"/> PROGRAM DARMOWYCH OBIADÓW I ŚNIADAŃ DLA MIESZKAŃCÓW STANU ILLINOIS (ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST)  | <input type="checkbox"/> OTRZYMYWANIE POMOCY ZA USŁUGI MEDYCZNE W FORMIE DOFINANSOWANIA (GRANT ASSISTANCE FOR MEDICAL SERVICES)                           |
| <input type="checkbox"/> ODBYWANIE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI   | <input type="checkbox"/> PROGRAM POMOCY TYMCZASOWEJ DLA POTRZEBUJĄCYCH RODZIN (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF)                             |
| <input type="checkbox"/> BEZDOMNOŚĆ  | <input type="checkbox"/> UPADŁOŚĆ KONSUMENCKA (NR SPRAWY _____ DATA WYPISU _____)   |
| <input type="checkbox"/> DZIEDZICZENIE PO OSOBIE ZMARŁEJ BEZ MAJĄTKU   | <input type="checkbox"/> PRZYNALEŻNOŚĆ DO ZAKONU I ZŁOŻENIE ŚLUBU UBÓSTWA   |
| <input type="checkbox"/> KWALIFIKOWALNOŚĆ DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM MEDICAID, ALE BRAK UPRAWNIENIA W DNIU OTRZYMANIA USŁUGI LUB KORZYSTANIE Z USŁUG NIEOBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM |   |
| <input type="checkbox"/> PROGRAM WSPARCIA W WYNAJMIE URZĘDU MIESZKALNICTWA STANU ILLINOIS (ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM)            |   |
| <input type="checkbox"/> NIESPRAWNOŚĆ UMYSŁOWA PACJENTA I BRAK OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ W JEGO IMIENIU   |   |

**\*\* W przypadku spełnienia kryterium jednoznacznej kwalifikowalności nie ma konieczności dostarczania jakichkolwiek informacji na temat dochodów. Mimo to wciąż konieczne jest podpisanie potwierdzenia wnioskodawcy na następnej stronie.**

**Wniosek o pomoc finansową**
**Numery kont pacjenta:** \_\_\_\_\_

**Informacje na temat dochodów:**

Prosimy o dostarczenie dokumentów wymienionych poniżej (w stosownych przypadkach). Proces rozpatrywania Pana/Pani wniosku może się przedłużyć lub zostać przerwany w przypadku niedostarczenia któregokolwiek z wymaganych dokumentów.

Następujące dokumenty należy dostarczyć dla wnioskodawcy, małżonka(-ki)/partnera(-ki) wnioskodawcy lub, jeżeli wnioskodawca/pacjent jest osobą niepełnoletnią, dla jego rodzica lub opiekuna. W przypadku braku możliwości dostarczenia dowolnych dokumentów potwierdzających dochody wnioskodawcy prosimy o wypełnienie potwierdzenia otrzymania deklaracji wsparcia znajdującego się na ostatniej stronie niniejszego wniosku.

**Wszyscy wnioskodawcy są zobowiązani dostarczyć potwierdzenie miejsca zamieszkania na terenie stanu Illinois, w formie dowolnego z następujących dokumentów: ważna, wydana przez władze stanowe karta potwierdzająca tożsamość, najnowszy rachunek za media, umowa najmu, dowód rejestracyjny pojazdu, karta rejestracyjna wyborcy, inna korespondencja przesłana do wnioskodawcy przez instytucję rządową lub innego wiarygodnego nadawcę, oświadczenie członka rodziny zamieszkującego z wnioskodawcą pod tym samym adresem i zapewniającego potwierdzenie miejsca zamieszkania lub pismo ze schroniska dla bezdomnych, domu tymczasowego lub innej, podobnej placówki.**

**W przypadku osób zatrudnionych:**

- Kopia najnowszego zeznania podatkowego i/lub formularza W-2, 1099 itp.
- Kopie dwóch najnowszych odcinków wynagrodzenia
- Kopie dwóch najnowszych wyciągów ze wszystkich rachunków rozliczeniowych, oszczędnościowych i kredytowych

**W przypadku osób samozatrudnionych:**

- Kopia najnowszego zeznania podatkowego i/lub formularza W-2, 1099 itp.
- Kopie dwóch najnowszych wyciągów ze wszystkich rachunków rozliczeniowych, oszczędnościowych i kredytowych

**W przypadku osób bezrobotnych:**

- Kopia najnowszego zeznania podatkowego i/lub formularza W-2, 1099 itp.
- Kopia pisma informującego o przyznaniu statusu osoby bezrobotnej wraz z kwotą zasiłku
- Pismo od ostatniego pracodawcy zawierające informację o dacie rozwiązania umowy o pracę
- Potwierdzenie otrzymania deklaracji wsparcia (sporządzić potwierdzenie, wypełniając ostatnią stronę tego wniosku)

**W przypadku studenta studiów dziennych:**

- Potwierdzenie przyjęcia na studia (w tym pismo od uczelni potwierdzające rozpoczęcie studiów dziennych lub dokumentacja potwierdzająca wysokość czesnego/dokumentacja finansowa)

**W przypadku osób niepełnosprawnych na emeryturze:**

- Kopia najnowszego zeznania podatkowego i/lub formularza W-2, 1099 itp. (jeśli dotyczy)
- Kopia najnowszego pisma od administracji zabezpieczeń społecznych określającego przyznanie świadczeń oraz wysokość miesięcznej stawki
- Kopie dwóch najnowszych wyciągów ze wszystkich rachunków rozliczeniowych, oszczędnościowych i kredytowych

**Potwierdzenie innego pozapłacowego źródła dochodu (jeśli dotyczy):**

Należy dostarczyć następujące informacje, jeżeli dotyczą one Pana/Pani sytuacji finansowej:

- Pismo potwierdzające pobieranie świadczeń alimentacyjnych dla małżonka i/lub na dziecko
- Dochód z najmu nieruchomości
- Dochód z nieruchomości inwestycyjnej
- Wszelkie inne źródła dochodów niewymienione powyżej

**Informacje dotyczące rodziny/gospodarstwa domowego:**

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym	
Liczba osób pozostających na utrzymaniu wnioskodawcy	
Wiek osób pozostających na utrzymaniu wnioskodawcy	

**Pozostałe informacje:**

W przypadku posiadania dodatkowych dokumentów pomagających NS-EEHNS-EEH w określeniu Pana/Pani uprawnień, których dotyczy Pana/Pani wniosek, takich jak wysokie kwoty niezapłaconych rachunków, które są dowodem trudnej sytuacji finansowej, prosimy o przedstawienie tych dokumentów (np. rachunki za telefon, prąd, leki i usługi medyczne, wyciągi z rachunków rozliczeniowych itp.).

**Wniosek o pomoc finansową**
**Numery kont pacjenta:** \_\_\_\_\_

**Potwierdzenie wniosku:**

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją wiedzą. Wnioskuje o przyznanie mi dowolnej pomocy finansowej ze środków stanowych, federalnych lub lokalnych, do której mogę się kwalifikować i która ułatwi mi pokrycie kosztów tego rachunku od NS-EEH. Rozumiem, że informacje zawarte we wniosku mogą podlegać weryfikacji NS-EEH, i upoważniam NS-EEH do kontaktowania się ze stronami trzecimi w celu przeprowadzenia weryfikacji wiarygodności informacji w nim zawartych. Rozumiem, że w przypadku rozmyślnego zawarcia w tym wniosku nieprawdziwych informacji nie będę kwalifikować się do pomocy finansowej, wszelka udzielona mi wcześniej pomoc finansowa może zostać wycofana i że będę zobowiązany(-a) pokryć koszt rachunku wystawionego przez placówkę NS-EEH.

Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## Gdzie składać lub w jaki sposób dostarczać wypełnione wnioski:

<b><u>Szpital:</u></b>	<b>Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital</b>	<b>Swedish Hospital</b>	<b>Northwest Community Hospital</b>	<b>Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks</b>
<b><u>Poczta tradycyjna:</u></b>	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
<b><u>Faks, e-mail lub portal pacjenta:</u></b>	(847) 982-6957 lub przesłać za pośrednictwem NorthShore Connect	(773) 878-6838 lub przesłać za pośrednictwem NorthShore Connect	(847) 618-4549 lub przesłać za pośrednictwem NCH MyChart	(331) 221-2704 lub przesłać na adres <a href="mailto:financialassistance@eehealth.org">financialassistance@eehealth.org</a>
<b><u>Przez telefon:</u></b>	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
<b><u>Osobiście:</u></b>	Wypełnione wnioski wraz z dokumentacją uzupełniającą należy dostarczyć do doradcy finansowego zatrudnionego w szpitalu, którego usług ma dotyczyć pomoc finansowa.			

Skargi i zażalenia dotyczące procesu uzyskiwania zniżek przez nieubezpieczonych pacjentów lub procesu uzyskiwania pomocy finansowej dotyczącej płatności za usługi szpitalne można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego Stanu Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) pod numerem 1-877-305-5145 lub na stronie internetowej [illinoisattorneygeneral.gov](http://illinoisattorneygeneral.gov).

Wniosek o pomoc finansową

Numery kont pacjenta: \_\_\_\_\_

**Oświadczenie o otrzymaniu zakwaterowania i wyżywienia/Potwierdzenie  
otrzymania deklaracji wsparcia**

**Niniejszy formularz jest przeznaczony do wypełnienia przez osobę zapewniającą zakwaterowanie i wyżywienie i/lub wsparcie finansowe i powinien zostać wypełniony wyłącznie w przypadku, gdy wnioskodawca mieszka z osobą, która nie pozostaje z nim w legalnym związku małżeńskim**

Ja, \_\_\_\_\_ aktualnie zapewniam (zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)

- wsparcie finansowe  
 zakwaterowanie i wyżywienie

dla \_\_\_\_\_ przez ostatnie \_\_\_\_\_

Nie ponoszę odpowiedzialności za koszty opieki medycznej poniesione przez osobę wymienioną powyżej

Adres, pod którym świadczone są usługi w zakresie zakwaterowania i wyżywienia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Przekazuję kwotę \_\_\_\_\_ USD tygodniowo/miesięcznie (zakreślić jedną opcję)

Inny rodzaj wsparcia (prosimy wyjaśnić) \_\_\_\_\_

Imię, nazwisko oraz adres osoby zapewniającej wsparcie (drukowanymi literami)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_

Podpis osoby zapewniającej wsparcie: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Wniosek o pomoc finansową

Numery kont pacjenta: \_\_\_\_\_

**Weryfikacja samozatrudnienia****Niniejszy dochód z tytułu samozatrudnienia dotyczy najbardziej aktualnego okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.**

Ponieważ jest Pan/Pani osobą samozatrudnioną, aby złożony przez Pana/Panią wniosek o uzyskanie pomocy finansowej został rozpatrzony, jest Pan/Pani zobowiązany(-a) zapewnić dokładną i kompletną historię swoich dochodów z tytułu zatrudnienia oraz wydatków. Przy użyciu poniższej tabeli należy przedstawić wszelkie uzyskiwane środki pieniężne oraz ich źródła. Konieczne jest również wymienienie wszelkich kosztów uzyskania przychodu poniesionych w okresie sprawozdawczym. Koszty uzyskania przychodu obejmują między innymi elementy takie jak wyposażenie, materiały, usługi, transport, wynagrodzenia pracowników oraz płatności rat kredytów.

<b>Źródło przychodów z działalności gospodarczej</b>	<b>Data otrzymania</b>	<b>Dochód brutto</b>	<b>Koszty prowadzenia działalności/kupna produktów/płatności na rzecz</b>	<b>Kwota</b>

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym dokumencie są wiarygodne i poprawne zgodnie z moją wiedzą.

Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Wniosek o pomoc finansową

Numery kont pacjenta: \_\_\_\_\_

**Weryfikacja wynagrodzenia od pracodawcy**

Niniejsze oświadczenie ma na celu potwierdzenie, że \_\_\_\_\_ jest  
(imię i nazwisko pracownika)

zatrudniony(-a) w \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_.  
(nazwa pracodawcy) (data zatrudnienia)

\_\_\_\_\_ uzyskuje dochód brutto (przed potrąceniami  
(imię i nazwisko pracownika)

podatków, składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne itp.) w kwocie  
\_\_\_\_\_ USD.

Płatności odbywają się:

- Co tydzień
- Co dwa tygodnie
- Dwa razy w miesiącu
- Co miesiąc
- Co roku

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Podpis pracodawcy Stanowisko

\_\_\_\_\_  
Adres Stan Kod pocztowy Numer telefonu