

PODANIE Z LISTEM MOTYWACYJNYM O POMOC FINANSOWĄ OD SZPITALA

Northwest Community Hospital (NCH) oraz Day Surgery Center II (DSV) oferują różne programy pomocy finansowej w celu sprostania potrzebom swoich pacjentów. Nasze programy dotyczą wyłącznie opłat NCH i DSV. Pamiętaj, że otrzymasz osobny rachunek od każdego niezależnego lekarza lub grupy lekarzy za świadczoną opiekę, leczenie lub usługi. Program pomocy finansowej od szpitala nie dotyczy tych opłat.

Oprócz programów pomocy finansowej od szpitala możesz się również kwalifikować do programów publicznych, takich jak Medicaid, Medicare lub AllKids. Składanie wniosków do tych programów może być wymagane przed złożeniem wniosku do programu pomocy finansowej od szpitala. Pomoc udzielana pacjentom przez NCH i DSV jest związana z programami finansowanymi ze środków publicznych i procesem zgłaszania do tych programów.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY DO ZAKWALIFIKOWANIA SIĘ DO DARMOWEJ OPIEKI LUB ULGI. Numer ubezpieczenia społecznego jest jednak wymagany do niektórych programów publicznych, takich jak Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi w określeniu, czy kwalifikujesz się do dowolnego programu publicznego.

MOŻESZ SIĘ KWALIFIKOWAĆ DO DARMOWEJ OPIEKI LUB ULGI: Wypełnienie tej aplikacji pomoże NCH i DSV w określeniu, czy możesz otrzymać darmowe usługi lub ulgę ewentualnie czy inne programy publiczne mogą zapłacić za twoją opiekę medyczną. Wypełnij ten formularz i złóż aplikację osobiście w szpitalu, listem lub przez faks w celu ubiegania się o darmową opiekę lub ulgę w ciągu 365 dni od otrzymania pierwszego rachunku od szpitala za opiekę.

Finansowa pomoc szpitala, programy ulg i opcje płatności obejmują:

Program	Dostępny dla:	Opis	Sposób zgłaszania
Ulgą w płatnościach samodzielnych	Pacjenci nieubezpieczeni	Oferuje automatyczną ulgę w opłatach w oparciu o politykę stosowania ulg w płatnościach samodzielnych NCH.	Nie jest wymagana aplikacja. Skontaktuj się z jednym z naszych specjalistów od płatności samodzielnych pod numerem 847.618.4747, jeśli już otrzymałeś zestawienie.
Domniemana kwalifikowalność	Pacjenci nieubezpieczeni	Model prognozujący, który wykorzystuje kryteria określone przez rząd i skutkuje 100% ulgą w opiece charytatywnej.	Jeśli to możliwe, wypełnij podanie do programu pomocy finansowej.
Pomoc finansowa	Pacjenci ubezpieczeni	Bilanse po płatnościach ubezpieczenia mogą pokrywać koszty opieki charytatywnej do 100% w zależności od wielkości rodziny i przychodu wg federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa. Pacjenci ubezpieczeni kwalifikują się tylko do kryteriów pomocy finansowej NCH, NIE do ulgi dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois.	Wypełnij podanie do programu pomocy finansowej.
Pomoc finansowa dla nieubezpieczonych	Pacjenci nieubezpieczeni	Oferuje pomoc charytatywną lub ulgę w zależności od wielkości rodziny i przychodu wg federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa. Pacjenci nieubezpieczeni kwalifikują się do kryteriów pomocy finansowej NCH i do ulgi dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois.	Wypełnij podanie do programu pomocy finansowej.
Ulgą „katastroficzną”	Pacjenci nieubezpieczeni i Ubezpieczeni	Ogranicza koszty ponoszone „z własnej kieszeni”, gdy wierzytelności medyczne w Northwest Community Hospital przekraczają 25% dochodu brutto rodziny pacjenta.	Określ, czy twoje koszty ponoszone „z własnej kieszeni” przekraczają 25% dochodu brutto rodziny. Jeśli tak, wypełnij podanie do programu pomocy finansowej.
Program planu spłat ratałnych	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Pomaga pacjentom w uregulowaniu ich zobowiązań finansowych poprzez określenie mechanizmów płatności.	Nie jest wymagana aplikacja. Skontaktuj się z jednym z naszych specjalistów od płatności samodzielnych pod numerem 847.618.4747, jeśli już otrzymałeś zestawienie.

Udzielimy odpowiedzi w ciągu 45 dni od otrzymania wypełnionego podania i dokumentów potwierdzających. W razie pytań lub w celu uzyskania dodatkowej pomocy skontaktuj się z doradcą finansowym pod numerem 847.618.4542 lub wejdź na stronę <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat programów pomocy finansowej od szpitala.



Formularz (wypełniony, podpisany i z datą) wraz z dokumentami potwierdzającymi należy przekazać doradcy finansowemu lub przesłać na adres:

Northwest Community Hospital
Patient Services Center
ATTN: Financial Counseling
800 West Central Road
Arlington Heights, IL 60005
Faks 847-618-4549

Program dotyczący:

- Pomoc finansowa dla nieubezpieczonych
- Pomoc finansowa (Saldo pozostałe po ubezpieczeniu)
- Ulga „katastroficzna”
- Domniemana kwalifikowalność

Podanie do programu pomocy finansowej od szpitala

UWAGA: Podanie to dotyczy tylko opłat Northwest Community Hospital (NCH) i Day Surgery (DSV). Opłaty lekarza mogą mieć zastosowanie zgodnie z polityką. Wypełnij obie strony tego formularza i złóż podpisany formularz wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami.

1. INFORMACJA DOTYCZĄCA WNIOSKODAWCY * Jeżeli pacjent jest niepełnoletni, jako wnioskodawcę podaj rodzica/opiekuna.

Imię i nazwisko	Telefon domowy	Tel. komórkowy	
Adres zamieszkania	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia	Adres e-mail	

2. DODATKOWI CZŁONKOWIE RODZINY / OSOBY POZOSTAJĄCE NA UTRZYMANIU

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo z wnioskodawcą

3. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY

Nazwisko odbiorcy wynagrodzenia	Nazwa i adres pracodawcy	Okres zatrudnienia i stanowisko

4. INFORMACJE NA TEMAT INNYCH DOCHODÓW

Lista wszystkich innych źródeł dochodów, takich jak dywidendy, odsetki, świadczenia z ubezpieczenia społecznego, odszkodowania dla pracowników, stypendia, regularne wsparcie od członków rodziny, którzy nie mieszkają w tym samym gospodarstwie domowym, emerytury rządowe, emerytury prywatne, wypłaty ubezpieczenia i renty, przychody z wynajmu, tantiem, spadków, funduszy i stypendia dla weteranów.

Nazwisko odbiorcy wynagrodzenia	Typ przychodu	Przychód miesięczny
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

5. MIESIĘCZNE OBCIĄŻENIE HIPOTECZNE LUB WYSOKOŚĆ OPŁACANEGO CZYNSZU

\$ _____

** Jeżeli inna osoba (lub osoby) zapewnia podstawowe wsparcie na pokrycie codziennych wydatków i/lub zakwaterowania lub nie musisz spłacać obciążenia hipotecznego lub płacić czynszu, wypełnij formularz podstawowego wsparcia lub pokaż dokumentację potwierdzającą, że hipoteka jest w pełni spłacona.

6. MAJĄTEK

Dostępna gotówka i inwestycje, takie jak oszczędności i stan rachunku bankowego. Majątek nie obejmuje głównego miejsca zamieszkania wnioskodawcy, zwolnionego mienia osobistego lub wszelkich aktywów zdeponowanych w ramach planu rentalnego lub emerytalnego. Dołącz również dokumentację dla każdego, kto został wskazany jako członek rodziny / osoba na utrzymaniu. Podaj listę zasobów i przybliżoną wartość. Akceptowalna dokumentacja obejmuje oświadczenia z instytucji finansowych lub weryfikację wartości zasobów od niektórych stron trzecich.

Właściciel	Typ	Przybliżona wartość

7. PODPIS

Potwierdzam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Złożę wniosek do wszelkich stanowych, federalnych lub lokalnych programów pomocy, do których mogę się kwalifikować, w celu uzyskania pomocy w spłacie tego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą być weryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do kontaktowania się ze stronami trzecimi w celu weryfikacji poprawności informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeżeli w niniejszym wniosku świadomie podam nieprawdziwe informacje, nie będę się kwalifikował do pomocy finansowej, jakkolwiek udzielona mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę odpowiedzialny za zapłatę rachunku szpitalnego. Niezwłocznie powiadomę NCH w przypadku, gdy moja sytuacja finansowa ulegnie zmianie.

Podpis wnioskodawcy	Data / /
Wnioskodawca nie jest w stanie podpisać	Data / /
	Związek z wnioskodawcą

DO PODPISANEGO WNIOSKU Z DATĄ NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Ostatnie federalne zeznanie podatkowe z podpisem i datą, łącznie z wszystkimi harmonogramami oraz formularze W-2 i 1099
<input type="checkbox"/> Deklaracja podatkowa potwierdzająca, że pacjent jest niesamodzielny
<input type="checkbox"/> 2 ostatnie czeki z pracy (lub inne dowody przychodu) dotyczące okresu 30 dni oraz lista dochodów za ostatni rok
<input type="checkbox"/> Wszystkie wyciągi z konta czekowego i oszczędnościowego za 3 miesiące
<input type="checkbox"/> Potwierdzenie stałego pobytu w Illinois (prawo jazdy, ostatni rachunek za usługi komunalne, umowa najmu, zapytaj doradcę finansowego o inne sposoby potwierdzenia)
<input type="checkbox"/> Pismo informujące o przyznaniu ubezpieczenia społecznego
<input type="checkbox"/> Pisemne potwierdzenie płacy przez pracodawcę, jeżeli wynagrodzenie jest wypłacane gotówką
<input type="checkbox"/> Pismo informujące o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych
<input type="checkbox"/> Poświadczona przez notariusza główna forma wsparcia
<input type="checkbox"/> Weryfikacja domniemanej kwalifikowalności (kopia Link Card, bonów żywnościowych, program WIC, PADS ID, weryfikacja bezdomności; zapytaj doradcę finansowego, aby dowiedzieć się więcej)
<input type="checkbox"/> Formularz weryfikacji dla samozatrudnienia
<input type="checkbox"/> Pismo informujące o przyznaniu emerytury

WYPEŁNIONY WNIOSEK ORAZ DOKUMENTACJĘ NALEŻY PRZESŁAĆ NA PONIŻSZY ADRES. PODANIE I DOKUMENTY NCH MOŻNA ZNALEŻĆ NA STRONIE <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>



Northwest Community Hospital
Patient Services Center
ATTN: Financial Counseling
800 West Central Road
Arlington Heights, IL 60005
Faks 847-618-4549

Udzielimy odpowiedzi w ciągu 45 dni od otrzymania wypełnionego podania i dokumentów potwierdzających. W razie pytań lub w celu uzyskania dodatkowej pomocy skontaktuj się z doradcą finansowym pod numerem 847.618.4542 lub wejdź na stronę <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat programów pomocy finansowej od szpitala.