

PISMO PRZEWODNIE Z WNIOSKIEM O OBJĘCIĘ PROGRAMEM SZPITALNEJ POMOCY FINANSOWEJ

Placówki Northwest Community Hospital (NCH) i Day Surgery Center II (DSV) oferują różne programy pomocy finansowej, wychodząc naprzeciw potrzebom naszych pacjentów. Nasze programy obejmują wyłącznie opłaty za świadczenia realizowane przez NCH i DSV. Należy mieć na uwadze, że od każdego niezależnego lekarza lub grupy lekarzy otrzyma Pan(i) oddzielny rachunek. Szpitalny program pomocy finansowej nie odnosi się do tych kosztów.

Oprócz szpitalnych programów pomocy finansowej, może Pan(-i) ponadto kwalifikować się do programów publicznych, takich jak Medicaid, Medicare lub AllKids. Ubieganie się o objęcie takimi programami może być wymagane przed złożeniem wniosku o objęcie szpitalnym programem pomocy finansowej. NCH i DSV będą pomagać pacjentom w programach publicznych finansowanych przez państwo oraz w procesie zapisywania się do nich.

JEŚLI JEST PAN(I) NIEUBEZPIECZONY(-A), NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY DO TEGO, ABY KWALIFIKOWAĆ SIĘ DO BEZPŁATNEJ UB ZNIŻKOWEJ OPIEKI. Jednak numer ubezpieczenia społecznego jest niezbędny w przypadku niektórych programów publicznych, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy pacjent kwalifikuje się do któregoś z programów publicznych.

ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ, ŻE MOŻE PAN(I) OTRZYMAĆ OPIEKĘ BEZPŁATNĄ LUB ZNIŻKOWĄ. Wypełnienie niniejszego wniosku pomoże NCH i DSV ustalić, czy może Pan(i) otrzymać bezpłatne lub zniżkowe świadczenia lub być objętym(-a) innymi programami publicznymi, które mogą pomóc w regulowaniu należności za świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej. Prosimy wypełnić niniejszy formularz i złożyć go w szpitalu osobiście, pocztą lub faksem, aby ubiegać się o bezpłatne lub zniżkowe świadczenia w ciągu 240 dni od daty wystawienia przez szpital pierwszego rachunku za opiekę.

Szpitalna pomoc finansowa, programy zniżek i opcje płatności obejmują:

Program	Dostępny dla:	Opis	Sposób wnioskowania
Zniżka z tytułu należności własnej	Pacjenci nieubezpieczeni	Oferuje automatyczną zniżkę opłat w oparciu o Zasady przyznawania zniżek dla pacjentów samodzielnie opłacających koszty opieki w NCH.	Brak konieczności składania wniosku. Jeżeli otrzymał(a) Pan(i) już wykaz, prosimy o kontakt z jednym z naszych specjalistów ds. należności własnych pacjentów, dzwoniąc pod numer 847.618.4747.
Wstępna kwalifikowalność	Pacjenci nieubezpieczeni	Model predykcyjny, który uwzględni kryteria określone przez rząd, co skutkuje 100% zniżką z tytułu opieki charytatywnej.	Jeśli to możliwe, należy wypełnić wniosek o objęcie programem pomocy finansowej.
Pomoc finansowa	Pacjenci ubezpieczeni	Salda po wypłacie ubezpieczenia mogą kwalifikować się do zniżki z tytułu opieki charytatywnej do 100% w zależności od wielkości rodziny oraz wysokości dochodu, zgodnie z federalnymi wytycznymi dotyczącymi ubóstwa. Pacjenci ubezpieczeni są uprawnieni do pomocy finansowej tylko na podstawie kryteriów pomocy finansowej NCH, a nie do zniżek dla nieubezpieczonych pacjentów szpitalnych w stanie Illinois.	Należy wypełnić wniosek o objęcie programem pomocy finansowej.
Pomoc finansowa dla pacjentów nieubezpieczonych	Pacjenci nieubezpieczeni	Oferuje opiekę charytatywną lub zniżkową w zależności od wielkości rodziny oraz wysokości dochodu, zgodnie z federalnymi wytycznymi dotyczącymi ubóstwa. Pacjenci nieubezpieczeni kwalifikują się na podstawie kryteriów pomocy finansowej NCH oraz zniżki dla pacjentów nieubezpieczonych, leczonych w szpitalach stanu Illinois.	Należy wypełnić wniosek o objęcie programem pomocy finansowej.
Zniżka chroniąca przed katastrofalnymi kosztami świadczeń	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Ogranicza wysokość kosztów ponoszonych przez pacjenta w przypadku, gdy zadłużenie z tytułu zrealizowanych świadczeń medycznych w ramach opieki medycznej w Northwest Community Hospital przekracza 25% dochodu brutto rodziny pacjenta.	Należy określić, czy Pana(-i) wydatki na bieżące utrzymanie przekraczają 25% dochodu brutto rodziny. Jeżeli tak, należy wypełnić wniosek o objęcie programem pomocy finansowej.
Program z planem płatności	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Pomaga pacjentom w regulowaniu ich zobowiązaniach finansowych poprzez dokonanie uzgodnień dotyczących płatności.	Brak konieczności składania wniosku. Jeżeli otrzymał(a) Pan(i) już wykaz, prosimy o kontakt z jednym z naszych specjalistów ds. należności własnych pacjentów, dzwoniąc pod numer 847.618.4747.

Odpowiedzi udzielimy w ciągu 45 dni od otrzymania wypełnionego wniosku i dokumentów uzupełniających. Jeżeli ma Pan(i) jakiegokolwiek pytania lub potrzebuje dodatkowej pomocy, prosimy o kontakt z doradcą finansowym pod numerem telefonu 847.618.4542 lub odwiedzenie strony http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-płatności/pomoc_finance_dla_pacjentów w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat szpitalnych programów pomocy finansowej.

Wszelkie skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o zniżki przez pacjentów nieubezpieczonych lub procesu udzielania szpitalnej pomocy finansowej można zgłaszać do Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (Biuro ds. Opieki Zdrowotnej przy Prokuratorze Generalnym stanu Illinois).

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

Infolinia do spraw z zakresu opieki zdrowotnej pod numerem 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

Wnioskowanie o program:

- Pomoc finansowa dla pacjentów nieubezpieczonych
- Pomoc finansowa dla ubezpieczonych
- Zniżka chroniąca przed katastrofalnymi kosztami świadczeń
- Wstępna kwalifikowalność

Wniosek o objęcie szpitalnym programem pomocy finansowej

UWAGA: Niniejszy wniosek dotyczy wyłącznie opłat za świadczenia realizowane przez Northwest Community Hospital (NCH) i Day Surgery (DSV). Opłaty za wizyty u lekarza mogą być naliczane zgodnie z polisą. Należy wypełnić obie strony niniejszego formularza, a podpisany formularz odesłać wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami.

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY *Jeśli pacjent jest niepełnoletni, należy wymienić rodzica(-ów)/opiekuna(-ów) jako wnioskodawców.

Imię i nazwisko		Telefon domowy	Telefon komórkowy	
Adres domowy		Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Nr ubezpieczenia społecznego	Stan cywilny	Data urodzenia	Adres e-mail	
Rasa (opcjonalnie)	Pochodzenie etniczne (opcjonalnie)	Płeć (opcjonalnie)	Preferowany język (opcjonalnie)	

2. DODATKOWI CZŁONKOWIE RODZINY / OSOBY POZOSTAJĄCE NA UTRZYMANIU

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stosunek do wnioskodawcy

3. INFORMACJE O PRACODAWCY

Imię i nazwisko odbiorcy dochodu	Nazwa i adres pracodawcy	Długość okresu zatrudnienia i stanowisko

4. INNE INFORMACJE O DOCHODACH

Należy wymienić wszystkie pozostałe źródła dochodu, w tym dywidendy, odsetki, świadczenia socjalne, odszkodowania pracownicze, stypendia szkoleniowe, regularne wsparcie od członków rodziny niemieszkających w tym samym gospodarstwie domowym, emerytury państwowe, emerytury prywatne, ubezpieczenia i renty, dochody z najmu, tantiem, majątków, trustów i stypendiów dla weteranów.

Imię i nazwisko odbiorcy dochodu	Rodzaj dochodu	Miesięczny dochód

5. MIESIĘCZNA RATA KREDYTU HIPOTECZNEGO LUB CZYNSZU

**Jeśli inna(-e) osoba(-y) zapewnia(ją) podstawowe wsparcie w zakresie codziennych kosztów utrzymania i/lub mieszkania oraz wyżywienia, lub jeżeli nie spłaca Pan(i) miesięcznych rat kredytu lub czynszu, należy wypełnić formularz dotyczący podstawowego wsparcia lub dostarczyć dokumentację potwierdzającą, że kredyt hipoteczny został w całości spłacony.

6. AKTYWA

Natychmiastowo dostępne środki pieniężne i inwestycje, takie jak salda rachunków oszczędnościowych i czekowych. Aktywa nie obejmują głównego miejsca zamieszkania wnioskodawcy, mienia osobistego zwolnionego z podatku ani jakichkolwiek kwot przechowywanych w ramach planu emerytalnego. Należy ponadto dołączyć dokumentację dla każdej osoby wymienionej jako członek rodziny / osoby pozostającej na utrzymaniu. Należy wymienić aktywa i ich przybliżoną wartość. Akceptowana dokumentacja obejmuje wyciągi i salda z instytucji finansowych lub innego rodzaju weryfikację wartości aktywów przez stronę trzecią.

Właściciel	Typ	Przybliżona wartość

7. PODPIS

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne. Wystąpię o wszelką pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę się kwalifikować, aby uzyskać pomoc w opłaceniu tego rachunku za pobyt w szpitalu. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do kontaktu z osobami trzecimi w celu sprawdzenia dokładności informacji podanych w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli świadomie podam w niniejszym wniosku informacje niezgodne z prawdą, nie będę kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, wszelka przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta, a ja będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie rachunku szpitalnego. W przypadku zmiany mojej sytuacji finansowej niezwłocznie powiadomię o tym fakcie NCH.

Podpis wnioskodawcy	Data / /
Wnioskodawca niezdolny do złożenia podpisu	Data / /
	Związek z wnioskodawcą

PROSIMY O DOŁĄCZENIE DO PODPISANEGO I OPATRZONEGO DATĄ WNIOSKU NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW

<input type="checkbox"/> Ostatnie federalne zeznanie podatkowe podpisane i opatrzone datą, w tym wszystkie formularze W-2 i 1099
<input type="checkbox"/> Zeznanie podatkowe pacjenta jako osoby pozostającej na utrzymaniu
<input type="checkbox"/> 2 ostatnie odcinki wypłat (lub inny dokument potwierdzający wysokość uzyskiwanego dochodu) z ostatnich 30 dni i wykaz zarobków za cały rok
<input type="checkbox"/> wszystkie strony wszystkich wyciągów z bankowych rachunków oszczędnościowych/czekowych za 3 miesiące
<input type="checkbox"/> Potwierdzenie miejsca zamieszkania w stanie Illinois (prawo jazdy, ostatni rachunek za media, umowa najmu, informacje o innych formach weryfikacji można uzyskać u doradcy finansowego)
<input type="checkbox"/> Pismo o objęciu ubezpieczeniem społecznym
<input type="checkbox"/> Pismo pracodawcy o wynagrodzeniu w przypadku wypłat realizowanych w gotówce
<input type="checkbox"/> Pismo o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych
<input type="checkbox"/> Notarialnie potwierdzony formularz wsparcia podstawowego z kopią dowodu tożsamości zawierającą adres osoby podpisującej formularz
<input type="checkbox"/> Weryfikacja wstępnej kwalifikowalności (kopia Link Card, bony żywnościowe, program WIC, PADS ID, weryfikacja bezdomnych, więcej informacji u doradcy finansowego)
<input type="checkbox"/> Formularz potwierdzający samozatrudnienie
<input type="checkbox"/> Pismo dotyczące przyznania emerytury

WYPEŁNIONY WNIOSK I DOKUMENTACJĘ TOWARZYSZĄCĄ ODESŁAĆ NA ADRES PODANY PONIŻEJ. WNIOSK I DOKUMENTY NCH MOŻNA ZNALEŹĆ NA STRONIE <http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>

Northwest Community Hospital
 Medical Records/Financial Counselors
 ATTN: Financial Counseling
 800 West Central Road
 Arlington Heights, IL 60005
 Faks 847-618-4549

Odpowiedzi udzielimy w ciągu 45 dni od otrzymania wypełnionego wniosku i dokumentów uzupełniających. Jeżeli ma Pan(i) jakiegokolwiek pytania lub potrzebuje dodatkowej pomocy, prosimy o kontakt z doradcą finansowym pod numerem telefonu 847.618.4542 lub odwiedzenie strony http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-płatności/pomoc_finansowa_dla_pacjentów w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat szpitalnych programów pomocy finansowej.