

## LIST PRZEWODNI W SPRAWIE WNIOSKU O POMOC FINANSOWĄ SZPITALA — Załącznik nr 2

Dziękujemy za wybranie Presence Health jako organizacji świadczącej usługi z zakresu opieki medycznej. Proponujemy szereg programów pomocy finansowej, które opracowano z myślą o potrzebach naszych pacjentów. Nasze programy obejmują wyłącznie opłaty szpitalne związane z placówkami Presence Health. Prosimy pamiętać, że pacjent otrzymuje odrębny rachunek od każdego niezależnego lekarza lub grupy lekarzy za opiekę, leczenie lub świadczone usługi. Program pomocy finansowej nie dotyczy tych opłat.

BYĆ MOŻE PRZYSŁUGUJE PANU/PANI ZNIŻKA NA USŁUGI MEDYCZNE LUB BEZPŁATNA OPIEKA MEDYCZNA: Wypełnienie niniejszego zgłoszenia pomoże Presence Health ustalić, czy jest Pan/Pani uprawniony/-a do korzystania ze świadczeń medycznych po obniżonych cenach lub bezpłatnie, bądź też czy możliwa jest pomoc w uregulowaniu rachunku za opiekę medyczną ze środków przyznawanych w ramach programów publicznych. Zgłoszenie to prosimy przesłać do szpitala faksem. JEŻELI NIE POSIADA PAN/PANI UBEZPIECZENIA, NIE TRZEBA PODAWAĆ NUMERU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (NUMERU SOCIAL SECURITY) WE WNIOSKU O PRYZNANIE DARMOWEJ LUB O OBNIŻONEJ CENIE OPIEKI MEDYCZNEJ. Jednak podanie numeru ubezpieczenia społecznego (numeru social security) jest niezbędne w wypadku niektórych publicznych programów zdrowotnych, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego (numeru social security) nie jest wymagane, ale pomoże w ustaleniu przez Presence Health, czy kwalifikuje się Pan/Pani do objęcia którymś z publicznych programów zdrowotnych. Złożenie wniosku o objęcie wymienionymi programami może być konieczne przed wnioskowaniem o pomoc finansową szpitala. Pomagamy pacjentom w identyfikacji programów publicznych finansowanych przez państwo oraz w procesie składania podania.

Aby ubiegać się o zniżkę na usługi medyczne lub bezpłatną opiekę medyczną, prosimy o wypełnienie tego formularza i złożenie go w szpitalu osobiście, za pośrednictwem poczty, w tym elektronicznej, lub faksem. Poprzez wypełnienie formularza potwierdza Pan/Pani, że uczciwie dołożył/-a Pan/Pani wszelkich starań w celu przekazania wszystkich wymaganych w formularzu informacji, aby umożliwić Presence Health ustalenie uprawnień do ubiegania się o pomoc finansową

Programy pomocy finansowej obejmują następujące formy wsparcia:

Program	Osoby uprawnione	Opis	Sposób wnioskowania
Pomoc finansowa	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Świadczenia medyczne objęte ulgą lub bezpłatnie na podstawie liczebności rodziny i jej dochodu, zgodnie z federalnymi wytycznymi	Wypełnienie wniosku o objęcie programem pomocy finansowej
<b>Automatyczna zniżka dla osób nieubezpieczonych samodzielnie płacących za świadczenia medyczne</b>	Pacjenci nieubezpieczeni	Automatyczna zniżka w wysokości 40%	Brak konieczności składania wniosku
<b>Zniżka z tytułu poważnych chorób lub urazów</b>	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Program ogranicza wydatki bieżące, gdy zadłużenie z tytułu świadczeń medycznych realizowanych w naszych szpitalach przekracza 15% dochodów brutto	Aby złożyć wniosek o taką zniżkę, należy najpierw ustalić, czy wydatki bieżące przekraczają 15% dochodu brutto rodziny pacjenta. Jeżeli tak, należy wypełnić wniosek o objęcie programem pomocy finansowej
<b>Plan płatności</b>	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Program udostępnia pomoc pacjentom ze zobowiązaniami finansowymi poprzez ustalenie planu	Prosimy o kontakt z doradcą finansowym* lub biurem obsługi klienta pod numerem 888-740-4111

Aby pomóc w ustaleniu, czy pacjent kwalifikuje się do przyznania mu pomocy finansowej, należy wypełnić, podpisać i przekazać załączony wniosek wraz z kopiami następujących dokumentów:

1. Formularz zeznania podatkowego (*preferowany*) lub 2 ostatnie odcinki czeków
2. Prawo jazdy lub wydany przez władze stanowe dokument tożsamości
3. Pismo informujące o objęciu ubezpieczeniem społecznym/emerytura
4. Pismo informujące o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych
5. Oświadczenie o zapewnianiu mieszkania i wyżywienia (w przypadku braku dochodów)  
dostępne na stronie [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance)

**Wypełniony formularz oraz dodatkowe dokumenty należy przekazać pod adres:**

Presence Health  
Financial Counseling  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Odpowiedź zostanie udzielona w ciągu 45 dni od otrzymania kompletnego wniosku i dokumentów dodatkowych. Gdyby mieli Państwo pytania lub potrzebowali dodatkowej pomocy, zapraszamy do skontaktowania się z nami pod numerem 888-740-4111 lub pod adresem [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance) w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat dostępnych programów pomocy finansowej.

**Wniosek o pomoc finansową szpitala**

Data złożenia wniosku: \_\_\_\_\_

**UWAGA:** Niniejszy wniosek dotyczy wyłącznie opłat naliczanych przez szpital Presence Health Hospital (nie obejmuje kosztów usług świadczonych przez niezależnych lekarzy).

Wniosek o:

- Pomoc finansową (opieka bezpłatna/obniżony koszt opieki)  
 Zniżkę z tytułu poważnych chorób lub wypadków losowych

<b>DANE PACJENTA*:-WSZYSTKIE INFORMACJE NALEŻY WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI-</b>				
Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego		
<b>* Jeżeli pacjent jest osobą nieletnią lub studiującą w pełnym wymiarze czasowym, prosimy wymienić rodzica(-ów)/opiekuna(-ów) jako współwnioskodawcę</b>				
<b>DANE WNIOSKODAWCY (PACJENTA/RODZICA):</b> Relacja z pacjentem:(proszę zakreślić): Pacjent Współmałżonek Rodzic Inna				
Stan cywilny (proszę zakreślić): Stan wolny W związku małżeńskim Rozwiedzony(-a) W separacji				
Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego	Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia
Adres			Telefon	
Aktualny pracodawca	Ulica	Telefon	Liczba lat zatrudnienia	
<b>DANE WSPÓŁWNIOSKODAWCY (WSPÓŁMAŁŻONKA/RODZICA):</b> Relacja z pacjentem:(proszę zakreślić): Pacjent Współmałżonek Rodzic Inna				
Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego		Data urodze
Adres			Telefon	
Aktualny pracodawca	Ulica	Telefon	Liczba lat zatrudnienia	
<b>Całkowita liczba osób pozostających na utrzymaniu:</b> (innych niż pacjent i współwnioskodawca)	<b>Imię i nazwisko podopiecznego</b>	<b>Data urodzenia</b>	<b>Relacja</b>	
<b>INFORMACJE O DOCHODACH:</b>				
Proszę wymienić wszystkie dochody brutto gospodarstwa domowego włączając przypadki, w których współmałżonek lub partner jest poręczycielem pacjenta lub w których rodzic lub prawny opiekun jest poręczycielem niepełnoletniego. Proszę ująć takie źródła dochodu jak: zarobki brutto, dochody z działalności gospodarczej, zasiłek dla bezrobotnych, wypłaty z tytułu ubezpieczenia społecznego/emerytury, emerytury sektora rządowego, renty chorobowe lub inwalidzkie, dywidendy, wszelkie inwestycje, odszkodowania pracownicze, stypendia szkoleniowe, systematyczne wsparcie od członków rodziny nie tworzących wspólnego z pacjentem gospodarstwa domowego, alimenty dla współmałżonka lub dziecka, emerytury ze składek własnych, przychód z tytułu ubezpieczeń oraz długoterminowych kont oszczędnościowych, dochód z wynajmu, tantiem, nieruchomości i funduszy powierniczych, a także świadczenia wypłacane weteranom.				
<b>Źródła comiesięcznego dochodu gospodarstwa domowego</b>				
<input type="checkbox"/> Dochód z tytułu zatrudnienia		\$		
<input type="checkbox"/> Emerytura		\$		
<input type="checkbox"/> Renta inwalidzka/chorobowa		\$		
<input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych		\$		
<input type="checkbox"/> Alimenty dla partnera/dziecka		\$		
<input type="checkbox"/> Wynajem nieruchomości		\$		
<input type="checkbox"/> Dochód z tytułu inwestycji		\$		
<input type="checkbox"/> Inne:		\$		
<b>Łączny dochód miesięczny</b>		\$		

**Jeżeli pacjent nie posiada comiesięcznego dochodu, należy podać informacje na temat osoby zapewniającej mieszkanie i wyżywienie. Prosimy o wypełnienie formularza oświadczenia o zapewnianiu mieszkania i wyżywienia jako dowodu poświadczającego brak comiesięcznych dochodów.**

Dostępny pod adresem [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance)

#### **INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA**

Które rodzaje ubezpieczenia Pan/Pani obecnie posiada? (proszę zaznaczyć wszystkie, które dotyczą)

Do każdej pozycji zaznaczonej proszę dołączyć poświadczającą dokumentację

- Prywatne ubezpieczenie zdrowotne
- Medicare
- Medicare Część D
- Medicare Supplement
- Medicaid
- świadczenia dla weteranów
- Nie posiadam ubezpieczenia

#### **INFORMACJE DODATKOWE/UWAGI:**

Podpis wnioskodawcy

Data

Podpis  
współwnioskodawcy

Data

**PODPIS:** Niniejszym potwierdzam, że informacje podane w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą i prawidłowe, zgodnie z moją wiedzą. Będę ubiegać się o dowolną pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę być uprawniony/-a, aby zapłacić rachunek za usługi medyczne, z których korzystam w tym szpitalu. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać sprawdzone przez szpital. Upoważniam szpital do kontaktowania się ze stronami trzecimi w celu sprawdzenia dokładności informacji podanych w tym zgłoszeniu. Rozumiem, że w przypadku świadomego podania w tym wniosku informacji niezgodnych z prawdą, stracę uprawnienie do pomocy finansowej, możliwe będzie cofnięcie zgody na przyznanie mi pomocy finansowej, a ponadto zostanę obarczony/-a odpowiedzialnością za opłacenie rachunku za świadczenia medyczne.

Gdyby mieli Państwo pytania lub potrzebowali dodatkowej pomocy, zapraszamy do skontaktowania się z nami pod numerem 888-740-4111 lub pod adresem [www.presencehealth.org/financialassistance](http://www.presencehealth.org/financialassistance) w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat naszych programów pomocy finansowej.

#### **Wypełniony formularz oraz dodatkowe dokumenty należy przekazać pod adres:**

Presence Health  
Financial Counseling  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

#### **Doradcy finansowi:**

- Presence Covenant Medical Center: 217-337-2257
- Presence Saint Joseph Hospital: 847-931-5562
- Presence Saint Joseph Medical Center: 815-741-7146
- Presence St. Mary's Hospital: 815-937-2028
- Presence Mercy Medical Center: 630-801-2654
- Presence United Samaritans Medical Center: 217-304-1742
- Presence Holy Family Medical Center: 847-954-5485
- Presence Our Lady of the Resurrection Medical Center: 773-794-7626
- Presence Resurrection Medical Center: 773-792-5010
- Presence Saint Francis Hospital: 847-316-2402 lub 847-312-2012
- Presence Saint Joseph Hospital: 773-665-6476
- Presence Saints Mary and Elizabeth Medical Center: 312-770-3164 lub 312-770-2897