

Numer dokumentacji medycznej pacjenta: _____

PROSIMY O DOŁĄCZENIE KOPII NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW ORAZ WYPEŁNIENIE I PODPISANIE WNIOSKU

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie 2 odcinków wypłaty za 30 dni dla wszystkich zgłoszonych dochodów | <input type="checkbox"/> Prosimy o przestanie listu opisującego swoją sytuację finansową |
| <input type="checkbox"/> Kopie zaświadczeń o bezrobociu za 30 dni | <input type="checkbox"/> Kopie świadczeń z ubezpieczenia społecznego (jeśli dotyczy) |

Złożyłeś/aś rozliczenie federalnych podatków dochodowych? Aby poprosić o wydanie zaświadczenia podatkowego, należy zadzwonić pod numer 1-800-829-1040 (odpis urzędowy, **nie formularz wypełniony odręcznie**) Tak – Prosimy o przesłanie ostatniego federalnego zeznania podatkowego i arkusza rozliczeniowych Nie – Prosimy o podanie przyczyny:

Składałem wniosek lub zamierzam złożyć wniosek o federalne lub stanowe dofinansowanie pomocy lekarskiej Tak (prosimy podać numer śledzenia lub pokazać pismo odmowne) Nie – nie obywatel Nie – za wysoki dochód Nie – inna przyczyna, jaka? _____

INNE PRZYCHODY MIESIĘCZNE (Prosimy o dołączenie kopii dokumentów potwierdzających ten dochód)

Inne	Pozostałe Przychody	Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy	Alimenty
Emerytura	Dochód z wynajmu	Świadczenia kombatanckie	Zasiłek dla bezrobotnych

PACJENT/STRONA ODPOWIEDZIALNA Należy zaznaczyć jedną odpowiedź:

- Osoba samotna Żonaty/Zamężna Wdowa/Wdowiec Rozwiedziony/a W prawnej separacji (wymagane dokumenty)

Imię i nazwisko (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko)	Numer ubezpieczenia społecznego:	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)
--	----------------------------------	-----------------------------

Adres pacjenta/strony odpowiedzialnej:

Numer telefonu:	Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Na pełen etat <input type="checkbox"/> Na pół etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudniony/a <input type="checkbox"/> Bezrobotny/a <input type="checkbox"/> Student/ka <input type="checkbox"/> Emeryt/ka	Częstotliwość otrzymywania wynagrodzenia: <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Dwa razy w miesiącu	Czy jest Pan/Pani ujęty/ujęta w innej deklaracji podatkowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, prosimy o przedstawienie deklaracji podatkowej osoby uwzględniającej.
-----------------	--	--	--

Wielkość gospodarstwa domowego (Pacjent, współmałżonek i osoby na utrzymaniu)	Nazwa i adres pracodawcy:
---	---------------------------

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR)	Bezrobotny/a: (MM/DD/RRRR) Od: Do:	Średni przychód miesięczny brutto: (Kwota przed opodatkowaniem) \$	Miesięczne wynagrodzenie z tytułu świadczeń emerytalnych/rentowych spowodowanych niezdolnością do pracy: \$
---------------------------------	---------------------------------------	--	---

Następujące informacje są potrzebne, ale nie są wymagane

Rasa: (niewymagane)	Pochodzenie etniczne: (niewymagane)	Płeć: (niewymagane)	Preferowany język: (niewymagane)
---------------------	-------------------------------------	---------------------	----------------------------------

MAŁŻONEK/MALŻONKA (jeśli dotyczy) Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:

- Osoba samotna Żonaty/Zamężna Wdowa/Wdowiec Rozwiedziony/a W prawnej separacji (wymagane dokumenty)

Imię i nazwisko (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko)	Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)
--	---------------------------------	-----------------------------

Numer telefonu:	Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Na pełen etat <input type="checkbox"/> Na pół etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudniony/a <input type="checkbox"/> Bezrobotny/a <input type="checkbox"/> Student/ka <input type="checkbox"/> Emeryt/ka	Częstotliwość otrzymywania wynagrodzenia: <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Dwa razy w miesiącu	Czy jest Pan/Pani ujęty/ujęta w innej deklaracji podatkowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, prosimy o przedstawienie deklaracji podatkowej osoby uwzględniającej.
-----------------	--	--	--

Wielkość gospodarstwa domowego (Pacjent, współmałżonek i osoby na utrzymaniu)	Nazwa i adres pracodawcy:
---	---------------------------

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR)	Bezrobotny/a: (MM/DD/RRRR) Od: Do:	Średni przychód miesięczny brutto: (Kwota przed opodatkowaniem) \$	Miesięczne wynagrodzenie z tytułu świadczeń emerytalnych/rentowych spowodowanych niezdolnością do pracy: \$
---------------------------------	---------------------------------------	--	---

Następujące informacje są potrzebne, ale nie są wymagane

Rasa: (niewymagane)	Pochodzenie etniczne: (niewymagane)	Płeć: (niewymagane)	Preferowany język: (niewymagane)
---------------------	-------------------------------------	---------------------	----------------------------------

OSOBY NA UTRZYMANIU w wieku poniżej 18 lat (jeśli osób na utrzymaniu jest więcej niż 3, należy użyć osobnej strony)

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Osoba ujęta jako osoba na utrzymaniu w zeznaniu podatkowym	
1.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Potwierdzam, że podane informacje są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Złożę lub zamierzam złożyć wniosek o federalne lub stanowe dofinansowanie pomocy lekarskiej, do którego mogę mieć prawo, aby opłacić rachunek za leczenie w tym szpitalu. Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital oraz upoważniam szpital do kontaktu z dowolnymi stronami trzecimi w celu zweryfikowania informacji podanych w niniejszym formularzu. Rozumiem, że jeśli świadomie podam w niniejszym formularzu nieprawdziwe informacje, nie będzie mi przysługiwać pomoc finansowa, jakkolwiek już przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta oraz będę zobowiązany/zobowiązana do pokrycia rachunku wystawionego przez szpital.

ABY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY, MUSI BYĆ PODPISANY

Podpis pacjenta/strony odpowiedzialnej	Data
--	------

Szanowny Pacjencie,

Rozumiemy, że niektórzy z naszych pacjentów potrzebują pomocy w opłaceniu kosztów leczenia i kwalifikujących się rachunków medycznych.

Informacje zawarte w niniejszym wniosku pomogą nam ustalić, czy kwalifikujesz się do uzyskania pomocy finansowej.

Jeśli masz pytania lub wątpliwości dotyczące naszego wniosku o pomoc finansową, możesz do nas zadzwonić pod numer (800) 421-5700 lub (309) 683-6750. Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu składania wniosku o zniżkę dla nieubezpieczonego pacjenta lub naszego procesu przyznawania pomocy finansowej można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois pod numerem 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Dziękujemy za obdarzenie OSF HealthCare zaufaniem w kwestii Twoich potrzeb z zakresu zdrowia i dobrego samopoczucia. To dla nas zaszczyt, że możemy Ci służyć z największą troską i miłością.



OSF[®]

HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

Prosimy o wypełnienie niniejszego wniosku i przesłanie do OSF HealthCare wymaganych dokumentów

P.O. Box 1712,
Peoria, IL 61656-1701
**OSF HealthCare Patient
Financial Services**
(800) 421-5700 or (309) 683-
6750
(Illinois and Michigan)
Faks: (309) 308-3963

2265 W. Altorfer Road,
Peoria, IL 61615-1807
**OSF Opieka
farmaceutyczna w domu**
Opieka farmaceutyczna w domu:
**OSF Sprzęt medyczny
do domu**
(800) 446-3009
Sprzęt medyczny do domu:
(877) 795-0416

Prosimy o zwrot wypełnionego wniosku w ciągu 240 dni od otrzymania pierwszego rozliczenia. Można to zrobić w następujący sposób:

- Prześlij wniosek za pośrednictwem swojego konta OSF MyChart. (Jeśli nie masz konta OSF MyChart, zadzwoń do naszego biura, aby uzyskać pomoc w jego założeniu.)
- Wejdź na stronę osfhealthcare.org/billing w zakładkę „Pomoc finansowa”. Na tej stronie możesz wypchnić wniosek i przesłać wymagane dokumenty.
- Wydrukuj i wypełnij wniosek na papierze i wyślij go do nas wraz z kopiami dokumentów pocztą lub faksem albo przynieś je do dowolnej placówki OSF.

Aby ubiegać się o pomoc finansową, potrzebne będą następujące dokumenty.

- Kopia ostatniego zeznania podatkowego
- Kopia ostatnich formularzy W-2 i 1099
- Kopia 2 ostatnich odcinków wypłat
- Pisemne potwierdzenie dochodów od pracodawcy, jeśli wypłata jest otrzymywana w gotówce
- Dowolne inne potwierdzenie od strony trzeciej pozwalające zweryfikować wysokość dochodów, akceptowane przez OSF HealthCare.

Ważne:

MOŻESZ OTRZYMAĆ OPIEKĘ ZA DARMO LUB ZE ZNIŻKĄ:

Wypełnienie tego formularza pomoże OSF HealthCare określić, czy są Państwo uprawnieni do otrzymania bezpłatnej lub tańszej opieki medycznej bądź czy kwalifikujecie się Państwo do innych programów publicznych, które pomogą w finansowaniu Państwa leczenia.

W PRZYPADKU BRAKU UBEZPIECZENIA NIE TRZEBA PODAWAĆ NUMERU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO, ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO OTRZYMANIA BEZPŁATNEJ LUB TAŃSZEJ OPIEKI MEDYCZNEJ.

Jednak numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany przez niektóre programy publiczne, na przykład Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikujecie się Państwo do programów publicznych.

Pacjent potwierdza, że dołożył wszelkich starań, aby przekazać we wniosku wszystkie wymagane informacje potrzebne szpitalowi do określenia, czy jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej.

Jeśli pacjent spełni wstępne warunki lub zostanie wstępnie zakwalifikowany na podstawie wysokości dochodów rodziny, to nie musi wypełniać części wniosku dotyczącej miesięcznych wydatków.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. OSF HealthCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. OSF HealthCare postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ OSF HEALTHCARE