

BYĆ MOŻE PRZYSŁUGUJE PAŃSTWU BEZPŁATNA LUB ZNIŻKOWA OPIEKA. Wypełnienie tego wniosku pomoże Shirley Ryan AbilityLab ("SRALab") ustalić czy może Pan/i otrzymać bezpłatne lub zniżkowe usługi lub inne programy publiczne, które mogą pomóc zapłacić za opiekę zdrowotną. Proszę zauważyć, że pomoc finansowa jest dostępna tylko dla mieszkańców Illinois.

JEŻELI JEST PAN/I NIEUBEZPIECZONY/A, NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY NUMBER) NIE JEST WYMAGANY, ABY KWALIFIKOWAĆ SIĘ DO BEZPŁATNEJ LUB ZNIŻKOWEJ OPIEKI. Jednakże Numer Ubezpieczenia Społecznego jest wymagany w niektórych programach publicznych włącznie z Medicaid. Podanie Numeru Ubezpieczenia Społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikuje się Pan/i do któregoś z programów publicznych.

Proszę wypełnić ten formularz i złożyć w SRALab osobiście albo przesać pocztą lub faksem, aby złożyć wniosek o bezpłatną lub zniżkową opiekę tak szybko jak to możliwe po dacie usługi. Zaakceptujemy Państwa Wniosek do 240 dni od daty pierwszego wyciągu z rachunku za Pana/i opiekę. Pacjent/ka oświadcza, że on lub ona w dobrej wierze podjął/ęła starania, aby podać wszystkie informacje wymagane w podaniu, aby pomóc SRALab w ustaleniu czy pacjent/ka jest uprawniony/a do pomocy finansowej.

INFORMACJA O PACJENCIE		
Imię i nazwisko pacjenta	Numer ubezpieczenia społecznego pacjenta	Data urodzenia pacjenta
Numer telefonu pacjenta	Adres domowy pacjenta	
Pracodawca pacjenta	Adres pracodawcy pacjenta	Miesięczny dochód
INFORMACJA O MAŁŻONKU/GWARANCIE		
Imię i nazwisko małżonka/gwaranta	Związek z pacjentem <input type="checkbox"/> Małżonek/ka <input type="checkbox"/> Partner/ka <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Inny:	
Numer telefonu gwaranta	Adres gwaranta	
Pracodawca gwaranta	Adres pracodawcy gwaranta	Miesięczny dochód
WSTĘPNE KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE		
Informacje, których Pan/i udzieli w tej części pomogą SRALab ustalić, czy ma Pan/i wstępne uprawnienia, aby otrzymać pomoc finansową. Jeżeli Pan/i spełnia więcej niż jedno z poniższych kryteriów należy tylko dostarczyć uzupełniającą dokumentację do <u>jednego</u> ze spełnionych kryteriów.		
Kryteria	Zaznacz Tak/Nie	Proszę załączyć te uzupełniające informacje wraz ze swoim wnioskiem
Zapis do programu żywienia dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)	Tak / Nie	Kopia jakiegokolwiek dokumentu, takiego jak pismo, które pokazuje, że pacjent otrzymuje taką pomoc.
Zapis do uzupełniającego programu pomocy żywieniowej (SNAP)	Tak / Nie	
Zapis do programu bezpłatnych obiadów i śniadań stanu Illinois	Tak / Nie	
Zapis do programu pomocy w opłatach za energię rodzinom o niskich dochodach (LIHEAP)	Tak / Nie	
Otrzymywanie dofinansowania na usługi medyczne	Tak / Nie	
Kwalifikacja do Medicaid, ale nie na datę usługi lub na nie pokrytą usługę	Tak / Nie	Brak. Sprawdzimy stanową bazę danych w celu potwierdzenia.
Zmarły bez majątku	Tak / Nie	Kopia aktu zgonu pacjenta.
Upośledzenie umysłowe, gdzie nikt nie działa w imieniu pacjenta	Tak / Nie	Pisemne oświadczenie od lekarza lub rodziny pacjenta.
Zapis do programu środowiskowego	Tak / Nie	Pismo od programu, poświadczające przynależność pacjenta.
Niedawna upadłość osobista	Tak / Nie	Dokumentacja prawna wskazująca na niedawną upadłość.
Bezdomny/a	Tak / Nie	Adres schroniska: _____ _____ _____ Telefon schroniska: (____) _____
Więzienie	Tak / Nie	Brak. Sprawdzimy stanową bazę danych w celu potwierdzenia.

JEŻELI PACJENT SPEŁNIA JEDNO Z POWYŻSZYCH KRYTERIÓW WSTĘPNEGO UPRAWNIENIA, NIE TRZEBA WYPEŁNIAĆ CZĘŚCI TEGO WNIOSKU O DOCHODACH GOSPODARSTWA DOMOWEGO

DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE

Proszę dostarczyć poniższe wymagane dokumenty. Rozpatrzenie Pana/i wniosku może być opóźnione lub wniosek może być odrzucony jeżeli wymagane dokumenty nie są załączone. Jeżeli nie może Pan/i dostarczyć stosownego dokumentu proszę załączyć pisemne wyjaśnienie.

Wymagane

- Identyfikacja:** Proszę dostarczyć jeden z poniższych:
 - Dokument tożsamości ze zdjęciem wydany przez instytucję rządową, jeśli jest dostępny (np. prawo jazdy stanu Illinois, dowód tożsamości stanu Illinois, paszport)
 - Inny oficjalny dokument tożsamości
- Dowód zamieszkania w Illinois:** Jeżeli nie przedstawi Pan/i aktualnego prawa jazdy lub dowodu tożsamości stanu Illinois jak w punkcie #1 powyżej, proszę dostarczyć przynajmniej jeden z poniższych dokumentów na Pana/i nazwisko:
 - Ostatni rachunek za użyteczności mieszkalne
 - Umowa najmu
 - Dowód rejestracyjny pojazdu ze stanu Illinois
 - Karta rejestracji do głosowania
 - Aktualna poczta zaadresowana do wnioskodawcy wysłana przez jednostkę rządową lub inne wiarygodne źródło
 - Pismo ze schroniska dla bezdomnych
 - Oświadczenie od członka rodziny pacjenta, który mieszka pod tym samym adresem i przedstawi weryfikację zamieszkania
- Weryfikacja dochodu gospodarstwa domowego:** Proszę dostrczyć następujące stosowne dokumenty:
 - Najnowsze federalne i stanowe zeznanie podatkowe, w tym wszystkie harmonogramy
 - Najnowsze formularze W-2 i 1099
 - 2 ostatnie odcinki wypłat, włącznie z czekami wypłat, zasiłkami dla bezrobotnych i/lub czekami z ubezpieczenia społecznego
 - Pisemne zaświadczenie od pracodawcy o wysokości dochodów w przypadku wypłat wynagrodzenia w gotówce
 - Oświadczenie o alimentach, dochód z działalności gospodarczej lub dochody z renty/emerytury (jeżeli nie są ujęte na najnowszym zeznaniu podatkowym albo jeżeli kwota z bieżącego roku będzie się różnić od tej ujętej na najnowszym zeznaniu podatkowym)
- Majątek:** Proszę dostarczyć następujące dokumenty, jeśli dotyczy:
 - Najnowszy wyciąg z wszystkich kont czekowych, oszczędnościowych i/lub unii kredytowej
 - Informacje dotyczące wartości i dochodu uzyskanego z posiadanych nieruchomości (budynki/grunt) innych niż główne miejsce zamieszkania
 - Inne informacje dotyczące inwestycji (akcje, obligacje, itd.) oprócz funduszu emerytalnego IRA/401k i edukacyjnych kont oszczędnościowych 529

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i poprawne według mojej wiedzy. Będę ubiegać się o każdą stanową, federalną lub lokalną pomoc, do której mogę mieć prawo, w celu uzyskania wsparcia w pokryciu niniejszego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do kontaktu z osobami trzecimi w celu weryfikacji dokładności informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że w przypadku świadomego podania nieprawdziwych informacji w niniejszym wniosku nie uzyskam prawa do pomocy finansowej, a wszelka przyznana mi pomoc finansowa może być cofnięta i obowiązek opłacenia rachunku szpitalnego będzie spoczywać na mnie.

Imię i nazwisko pacjenta (lub wnioskodawcy): _____

Podpis pacjenta (lub wnioskodawcy): _____

Data: _____

Proszę dzwonić pod numer **(312) 238-6039** jeżeli Pan/i ma pytania dotyczące tego wniosku. Proszę zwrócić wypełniony wniosek i dokumenty potwierdzające do:

Drogą pocztową lub osobiście:
Shirley Ryan AbilityLab
Patient Financial Services Department

Financial Assistance Program 355 E. Erie St.
Chicago, IL 60611

Faksem:
(312) 238-7569