

POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health

Lično i poverljivo

Hvala Vam što ste odabrali Saint Alphonsus Health System za svog pružaoca zdravstvene nege. Popunite priloženi zahtev i pošaljite ga na niže navedenu adresu kako bismo obavili procenu finansijske pomoći za Vas.

Ako imate pitanja, obratite se našem Centru za korisničku uslugu na 800-494-5797 od ponedeljka do petka u periodu od 9.00 do 17.00 po istočnom vremenu.

Srdačan pozdrav,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
U ime Saint Alphonsus Health System
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health

Popunite i potpišite obrazac zahteva i pošaljite ga u roku od 10 dana, uključujući kopije sledećih dokumenata:

Obavezne potvrde

- Dokaz o bruto prihodu za protekli mesec
- Kompletni izvodi iz banke za sve bankovne račune za prethodna dva meseca, sa uključenim svim stranicama (objašnjenje za uplate koje se ponavljaju)
- Nedavne poreske prijave (obrazac 1040 sa priložima C, E ili F) ili tromesečni bilans uspeha (zasamozaposlene/njihova izdržavana lica)

Priložite sledeće, ako je primenljivo

- Obrazac W2 novijeg datuma za sezonski prihod
- Pismo o dodeli/uskraćivanju pomoći za nezaposlene
- Prihod od dečijeg dodatka/alimentacije
- Osobe bez prihoda – Popunite deo „Pismo o finansijskoj pomoći“ u zahtevu

Informacije o pacijentu

Ime pacijenta		Datum rođenja	
Broj socijalnog osiguranja/EIN (opciono)	Broj mobilnog telefona	Drugi broj telefona	
Poštanska adresa	Grad	Država	Poštanski broj
Adresa e-pošte	U kojoj državi imate prebivalište?		
Bračni status <input type="checkbox"/> Samac/a <input type="checkbox"/> U braku <input type="checkbox"/> Razveden/a <input type="checkbox"/> Drugo _____			
Da li podnosite saveznu poresku prijavu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ne, zašto?	Da li možete da budete navedeni kao izdržavano lice u nečijoj poreskoj prijavi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Da li ste vi ili lica koja izdržavate imali zdravstveno osiguranje u trenutku pružanja usluge? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Priložite kopiju kartice osiguranja)			
Da li imate dokumentovano prebivalište u Sjedinjenim Američkim Državama? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne želim da odgovorim			
Članovi domaćinstva, uključujući vas, na osnovu vaše poreske prijave novijeg datuma	Datum rođenja	Odnos sa pacijentom	Naveden u poreskoj prijavi (Da/Ne)

POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health

Potvrda prihoda za sve članove domaćinstva					
Izvor mesečnog prihoda	Ko ga dobija?	Bruto mesečni prihod (pre oporezivanja)	Izvor mesečnog prihoda	Ko ga dobija?	Bruto mesečni prihod (pre oporezivanja)
Плата			Naknada za radnike		
Socijalno osiguranje/invalidnina			Pomoć za nezaposlene		
Penzija			Dečijidodatak/alimentacija		
Samostalna delatnost			Prihod od izdavanja nekretnine		
Javna pomoć			Drugo		
Pismo o finansijskoj pomoći – Popunjava samo osoba koja obezbeđuje izdržavanje					
<input type="checkbox"/> Obezbeđujem više od 50% izdržavanja u pogledu troškova života pacijenta, ali ne mogu da pomognem u vezi sa računima za zdravstvenu negu					
<input type="checkbox"/> Potpisivanjem ovog pisma potvrđujem da je gornja izjava tačna i da ni na koji način neću biti odgovoran/a za pacijentove račune. Ako imate pitanja, obratite mi se na _____ (broj telefona)					
Ime osobe koja obezbeđuje izdržavanje				Odnos sa pacijentom	
Potpis osobe koja obezbeđuje izdržavanje				Datum	

POTVRDA PRIHODA I IDENTIFIKACIJA

Potvrđujem da su informacije navedene u ovom zahtevu istinite i potpune prema mom najboljem znanju. Razumem da navedene informacije podležu proveru. Ako se pokaže da su gore navedene informacije netačne, biću u obavezi da vratim uplate za sve usluge pružene od pružalaca usluga u sklopu organizacije Trinity Health.

Potpis pacijenta : _____ Datum: _____

Ili potpis zakonskog staratelja (ako je primenljivo) _____ Datum: _____

Odnos sa pacijentom : _____ Datum: _____

Pošaljite zahtev poštom na gore navedenu adresu, faksom na 312-871-3350 i/ili otpremite dokumente putem portala MyChart (portal za pacijente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Ako imate pitanja, obratite se Centru za korisničku uslugu na 800-494-5797 od ponedeljka do petka u periodu od 9.00 do 17.00 po istočnom vremenu.