Community First Medical Center

WNIOSEK DO SZPITALA O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ (HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION, CFMC)

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data: _____

Daty usług wyświadczonych w szpitalu: _____

Numer konta: _____

Dziękujemy za wybranie Community First Medical Center jako swojej placówki świadczącej usługi w zakresie opieki zdrowotnej. Aby zaspokoić potrzeby naszych pacjentów, oferujemy różnorodne programy pomocy finansowej. Nasze programy dotyczą **wyłącznie** opłat szpitalnych w Community First Medical Center. Należy pamiętać, że wszyscy niezależni lekarze lub grupy specjalistów wystawią faktury za zapewnioną przez nich opiekę, leczenie lub usługi. Program pomocy finansowej nie obejmuje tych opłat.

WAŻNE: ISTNIEJE MOŻLIWOŚĆ UZYSKANIA USŁUG W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ BEZPŁATNIE LUB ZE ZNIŻKĄ: Wypełnienie tego wniosku pomoże Community First Medical Center określić, czy wnioskodawca może otrzymać bezpłatne lub zniżkowe usługi lub czy kwalifikuje się do innych programów publicznych, które mogą pomóc w opłaceniu opieki zdrowotnej. Wniosek należy przekazać do szpitala.

OSOBY NIEPOSIADAJĄCE UBEZPIECZENIA NIE MUSZĄ PODAWAĆ NUMERU SOCIAL SECURITY, ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO UZYSKANIA USŁUG BEZPŁATNIE LUB ZE ZNIŻKĄ. Jednak w przypadku niektórych programów publicznych, w tym Medicaid, wymagane jest podanie numeru Social Security. Podanie numeru Social Security nie jest wymagane, ale pomoże Community First Medical Center określić, czy wnioskodawca kwalifikuje się do jakichkolwiek programów publicznych. Złożenie wniosków do tego rodzaju programów może być wymagane przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy w ramach Programu Pomocy Finansowej. Pomożemy pacjentom w wyszukaniu publicznych programów finansowanych przez państwo, jak również udzielimy pomocy w procesie rejestracji.

Aby złożyć wniosek o bezpłatną lub zniżkową opiekę, w ciągu 60 dni od daty zwolnienia lub otrzymania opieki ambulatoryjnej należy wypełnić niniejszy formularz i przedłożyć go w szpitalu osobiście, przesłać go pocztą, drogą elektroniczną lub faksem. Community First Medical Center przedłuży te terminy, jeśli wnioskodawca będzie potrzebował więcej czasu na zebranie informacji lub jeśli będzie to uzasadnione zaistniałymi okolicznościami. Wypełniając ten formularz wnioskodawca potwierdza, iż podjął w dobrej wierze starania mające na celu dostarczenie wszystkich informacji wymaganych we wniosku, aby pomóc Community First Medical Center w określeniu jego uprawnień do uzyskania pomocy finansowej.

Program Pomocy Finansowej Community First Medical Center obejmuje:

Program	Dostępny dla	Opis	Jak złożyć wniosek
Pomoc finansowa	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Oferuje bezpłatną opiekę lub zniżkę na opiekę w oparciu o wielkość rodziny i dochód zgodnie z federalnymi wytycznymi dotyczącymi ubóstwa	Należy wypełnić wniosek o przyznanie pomocy w ramach Programu Pomocy Finansowej
Automatyczna zniżka dla osób nieubezpieczonych płacących za usługi z funduszy własnych	Pacjenci nieubezpieczeni	Oferuje automatyczną 50% zniżkę	Złożenie wniosku nie jest wymagane

Community First Medical Center

Zniżka w sytuacji katastroficznej	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Ogranicza koszty własne, gdy długi za usługi w zakresie służby zdrowia wyświadczone w naszych szpitalach przekraczają 15% dochodu brutto rodziny pacjenta	Należy ustalić, czy koszty własne przekraczają 15% dochodu brutto rodziny. Jeśli tak jest, należy wypełnić wniosek o przyznanie pomocy w ramach Programu Pomocy Finansowej
Program planu płatności	Pacjenci nieubezpieczeni i ubezpieczeni	Pomaga pacjentom w wypełnianiu ich zobowiązań finansowych, ustalając warunki płatności	Należy skontaktować się z Doradcą finansowym* lub Biurem obsługi klienta pod numerem **(773) 794-7626**

Aby pomóc nam w stwierdzeniu, czy wnioskodawca jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej, należy wypełnić, podpisać i odesłać niniejszy formularz wniosku oraz kopie wszelkich wymaganych dokumentów.

Community First Medical Center

Wniosek do szpitala o udzielenie pomocy finansowej

UWAGA: Wniosek dotyczy wyłącznie opłat Community First Medical Center. Nie obejmuje honorariów niezależnych lekarzy.

Wniosek do programu dotyczy:

- ☐ Pomocy finansowej (opieki bezpłatnej/ze zniżką)
- ☐ Zniżki w sytuacji katastroficznej

Część I: Dane demograficzne

Imię i nazwisko pacjenta (lub wnioskodawcy, jeśli pacjent jest osobą niepełnoletnią): _____

Data urodzenia pacjenta: _____

Adres pacjenta: _____

Numer telefonu domowego pacjenta: _____

Numer telefonu komórkowego pacjenta: _____

Adres e-mail pacjenta: _____

Numer Social Security pacjenta (nie jest wymagany, jeśli pacjent jest nieubezpieczony): _____

Współmałżonek/partner/gwarant: _____

Współmałżonek/partner/gwarant: _____

Numer telefonu domowego współmałżonka/partnera/gwaranta: _____

Numer telefonu komórkowego współmałżonka/partnera/gwaranta: _____

Czy pacjent jest rezydentem stanu Illinois: Tak Nie

Czy pacjent był ofiarą przestępstwa: Tak Nie

Czy pacjent był zaangażowany w rzekomy wypadek: Tak Nie

Identyfikacja miejsca zamieszkania. W ramach procesu Community First Medical Center musi zweryfikować aktualne miejsce zamieszkania wnioskodacy. Dopuszczalne formy identyfikacji miejsca zamieszkania mogą obejmować dowolne z poniższych: wydane przez władze stanowe prawo jazdy; wydana przez stan karta identyfikacyjna; ostatni rachunek za media mieszkaniowe; umowa najmu; karta rejestracyjna pojazdu; karta rejestracyjna wyborcy; poczta adresowana do wnioskodawcy przez agencję rządową lub inne wiarygodne źródło; oświadczenie członka rodziny, który mieszka z wnioskodawcą pod tym samym adresem i przedstawi weryfikację miejsca zamieszkania; list ze schroniska dla bezdomnych, domu przejściowego lub innej podobnej placówki weryfikujący, że wnioskodawca mieszka w placówce; wszelkie dokumenty określone w części Weryfikacja dochodów (poniżej); weryfikacja adresu przez pracodawcę lub jakikolwiek inny racjonalnie uzasadniony formularz informacyjny, który zgodnie z uznaniem Community First Medical Center stanowi weryfikację adresu wnioskodawcy. Jeśli wnioskodawca nie jest w stanie przedłożyć dokumentacji weryfikującej miejsce zamieszkania, Community First Medical Center będzie polegać na podanych powyżej informacjach dotyczących miejsca zamieszkania.

Community First Medical Center

Wniosek do szpitala o udzielenie pomocy finansowej **Imię i nazwisko pacjenta:** _____

Część II: Informacje dotyczące rodziny/osób pozostających na utrzymaniu wnioskodawcy/gospodarstwa domowego

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym pacjenta: _____

Liczba osób pozostających na utrzymaniu pacjenta: _____

Wiek osób pozostających na utrzymaniu pacjenta: ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____

Część III: Informacje o dochodzie rodzinnym i zatrudnieniu

Nazwa obecnego pracodawcy pacjenta (jeśli jest zatrudniony): _____

Adres obecnego pracodawcy pacjenta (wiersz 1): _____

Adres obecnego pracodawcy pacjenta (wiersz 2): _____

Numer telefonu obecnego pracodawcy pacjenta: _____

Nazwa obecnego pracodawcy współmałżonka/partnera (jeśli jest zatrudniony): _____

Adres aktualnego pracodawcy współmałżonka/partnera (wiersz 1): _____

Adres aktualnego pracodawcy współmałżonka/partnera (wiersz 2): _____

Numer telefonu aktualnego pracodawcy współmałżonka/partnera: _____

Nazwa obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta (jeśli są zatrudnieni): _____

Adres obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta (wiersz 1): _____

Adres obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta (wiersz 2): _____

Numer telefonu obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta: _____

Adres obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta (wiersz 1): _____

Adres obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta (wiersz 2): _____

Numer telefonu obecnego pracodawcy rodziców/gwaranta: _____

Jeśli pacjent jest osobą niepełnoletnią, jest byłym współmałżonkiem/partnerem odpowiedzialnym finansowo za opiekę medyczną pacjenta na mocy porozumienia o rozwiązaniu małżeństwa/separacji: Tak Nie

Community First Medical Center

Wniosek do szpitala o udzielenie pomocy finansowej **Imię i nazwisko pacjenta:** _____

Część III: Informacje o dochodzie rodzinnym i zatrudnieniu (ciąg dalszy)

Należy wyszczególnić cały **miesięczny dochód brutto rodziny**, w tym przypadki, w których współmałżonek lub partner jest gwarantem pacjenta lub w którym rodzic lub opiekun jest gwarantem osoby niepełnoletniej, ze źródeł takich jak:

	Pacjent/wnioskodawca	Współmałżonek/partner/gwarant
Zarobki	$	$
Samozatrudnienie	$	$
Zasiłek dla bezrobotnych	$	$
Social Security	$	$
Renta Social Security z tytułu niepełnosprawności	$	$
Renta weterana z tytułu niepełnosprawności	$	$
Prywatna renta z tytułu niepełnosprawności	$	$
Odszkodowanie pracownicze	$	$
Pomoc tymczasowa dla potrzebujących rodzin	$	$
Dochód emerytalny	$	$
Zapomoga/alimenty na dzieci/alimenty na współmałżonka	$	$
Inne dochody	$	$
Łączna kwota miesięcznych dochodów	$	$

Weryfikacja dochodu od pacjenta, współmałżonka i/lub gwaranta. W ramach tego procesu Community First Medical Center musi zweryfikować dochody wnioskodawcy oraz dochody rodziny wnioskodawcy. Wnioski bez potwierdzenia dochodów i dokumentacji uzupełniającej nie będą zatwierdzane. Dopuszczalne formy weryfikacji dochodów mogą obejmować dowolne z następujących: kopia ostatniego zeznania podatkowego; kopia ostatnich formularzy w-2 lub formularzy 1099; kopia ostatnich odcinków wypłat wnioskodawcy; w przypadku wnioskodawców otrzymujących wynagrodzenie gotówką, pisemna weryfikacja dochodu od pracodawcy; lub jakikolwiek inny dokument, który Community First Medical Center uzna za odpowiedni.

Community First Medical Center

Wniosek do szpitala o udzielenie pomocy finansowej **Imię i nazwisko pacjenta:** _____

Część IV: Informacje o ubezpieczeniu/świadczeniach:

Jakie ubezpieczenie posiada obecnie wnioskodawca? (należy zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które mają zastosowanie i przedłożyć wszelkie dokumenty potwierdzające)

- ☐ Prywatne ubezpieczenie zdrowotne
- ☐ Medicare
- ☐ Medicare Część D
- ☐ Medicare Supplement
- ☐ Medicaid
- ☐ Świadczenia dla weteranów
- ☐ Nie mam ubezpieczenia

Wnioskodawcy posiadający prywatne ubezpieczenie zdrowotne proszeni są o podanie następujących informacji:

Nazwa firmy ubezpieczeniowej pacjenta/wnioskodawcy: _____

Adres firmy ubezpieczeniowej: _____

Numer grupy: _____

Numer polisy: _____

Numer telefonu: _____

Nazwa firmy ubezpieczeniowej współmałżonka/partnera/gwaranta: _____

Adres firmy ubezpieczeniowej: _____

Numer grupy: _____

Numer polisy: _____

Numer telefonu: _____

Community First Medical Center

Wniosek do szpitala o udzielenie pomocy finansowej **Imię i nazwisko pacjenta:** _____

Część V: Informacje o aktywach

Proszę wyszczególnić swoje aktywa i podać ich szacunkową wartość.

	Pacjent/wnioskodawca	Współmałżonek/partner/gwarant
Konta czekowe	$	$
Konta oszczędnościowe	$	$
Certyfikaty depozytowe	$	$
Akcje	$	$
Fundusze inwestycyjne	$	$
Pojazdy samochodowe lub inne	$	$
Nieruchomości	$	$
Zdrowotne konta oszczędnościowe/ elastyczne konta wydatków	$	$
Razem	$	$

Weryfikacja aktywów. W ramach tego procesu Community First Medical Center musi zweryfikować aktywa wnioskodawcy (i ich wartość). Dopuszczalna dokumentacja obejmuje oświadczenia instytucji finansowych lub niezależnej strony weryfikującej wycenę aktywów. Jeśli wnioskodawca nie jest w stanie przedłożyć dokumentacji dotyczącej wartości aktywów przygotowanej przez niezależną stronę, Community First Medical Center będzie polegać na wszelkich podanych przez wnioskodawcę powyżej wycenach aktywów.

Community First Medical Center

Wniosek do szpitala o udzielenie pomocy finansowej **Imię i nazwisko pacjenta:** _____

Część VI: Wydatki rodzinne

Proszę wyszczególnić **miesięczne wydatki rodzinne** na:

	Pacjent/wnioskodawca	Współmałżonek/partner/gwarant
Mieszkanie	$	$
Media	$	$
Żywność	$	$
Transport	$	$
Opieka nad dzieckiem	$	$
Pożyczki	$	$
Wydatki na opiekę zdrowotną	$	$
Inne wydatki	$	$
Całkowite wydatki miesięczne	$	$

JEŚLI NA PODSTAWIE PRZEKAZANYCH WE WNIOSKU INFORMACJI ZOSTANIE USTALONE, ŻE PACJENT SPEŁNIA KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI W ŚWIETLE CZĘŚCI 4500.40 PRAWA ADMINISTRACYJNEGO OBOWIĄZUJĄCEGO W STANIE ILLINOIS, LUB WNIOSKODAWCA Z ZAŁOŻENIA ZOSTANIE ZAKWALIFIKOWANY Z TYTUŁU DOCHODÓW RODZINNYCH, WYPEŁNIENIE TEJ CZĘŚCI NIE JEST WYMAGANE.

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym formularzu wniosku są według mojej najlepszej wiedzy zgodne z prawdą i prawidłowe. Będę się starał(a) o uzyskanie jakiejkolwiek pomocy państwowej, federalnej lub lokalnej, do której mogę być uprawniony(-a), aby pomóc w opłaceniu tego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do skontaktowania się ze stronami trzecimi w celu zweryfikowania dokładności informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę kwalifikować się do uzyskania pomocy finansowej, wszelka przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta, i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie rachunku wystawionego przez szpital.

Podpis pacjenta/wnioskodawcy: _____

Data: _____

Podpis współmałżonka/partnera/gwaranta: _____

Data: _____

Wypełniony formularz wniosku oraz dodatkowe dokumenty wspierające należy przesłać do:
Community First Medical Center
5645 W. Addison St.
Chicago, IL 60634
Attention: Cashier Department – 1st Floor

W przypadku jakichkolwiek pytań lub konieczności uzyskania pomocy, prosimy o skontaktowanie się z nami telefonicznie pod numerem **(773) 794-7626**, aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące naszych programów pomocy finansowej.