

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług stacjonarnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy MercyOne Genesis

Prosimy o wypełnienie i podpisanie formularza zgłoszeniowego oraz odesłanie go w ciągu 10 dni wraz z kopiami następujących dokumentów:

Wymagane weryfikacje

- ☐ Dowód dochodu brutto z ostatniego miesiąca
- ☐ Ostatnie dwa miesiące Kompletne wyciągi bankowe dla wszystkich kont bankowych, ze wszystkimi stronami. (Wyjaśnienie dotyczące wpłat cyklicznych)
- ☐ Ostatnie zeznania podatkowe (formularz 1040 z załącznikiem C, E lub F) lub trzymiesięczne rachunki zysków i strat (dla osób samozatrudnionych/pozostających na utrzymaniu)

Podaj następujące informacje, jeśli dotyczy

- ☐ Ostatnie W2 dla dochodu sezonowego ☐ Zasiłek dla bezrobotnych/pismo odmowne ☐ Pomoc dzieciom /Dochody z alimentów
- ☐ Brak dochodu – Wypełnij część wniosku dotyczącą wsparcia finansowego

Informacje o pacjencie

Imię i nazwisko pacjenta		Data urodzenia	
Numer ubezpieczenia społecznego/EIN (opcjonalnie)]	Telefon komórkowy	Inny telefon	
Adres korespondencyjny	Miasto	Stan	Kod pocztowy
Adres e-mail	W jakim stanie mieszkasz?		
Stan cywilny ☐ Pojedynczy ☐ Zamężna ☐ Rozwiedziony ☐ Inny _____			
Czy składasz federalne zeznanie podatkowe? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli nie, to dlaczego?		Czy możesz być uznany za osobę pozostającą na utrzymaniu na podstawie zeznania podatkowego innej osoby? ☐ Tak ☐ Nie	
Czy Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu posiadaliście ubezpieczenie zdrowotne w momencie świadczenia usługi? ☐ Tak ☐ Nie			
Czy jesteś udokumentowanym mieszkańcem Stanów Zjednoczonych? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Wolę nie odpowiadać			
Członkowie gospodarstwa domowego, w tym Ty na podstawie ostatnich zeznań podatkowych	Data urodzenia	Relacja z pacjentem	Zgłoszone w zeznaniu podatkowym (Tak/Nie)

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług stacjonarnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy MercyOne Genesis

Weryfikacja dochodów dla wszystkich członków gospodarstwa domowego					
Miesięczne źródło dochodu	Kto to otrzymuje?	Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem)	Miesięczne źródło dochodu	Kto to otrzymuje?	Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem)
Płaca			Odszkodowanie pracownicze		
Ubezpieczenie społeczne / Niepełnosprawność			Bezrobocie		
Emerytura			Alimenty na dziecko		
Samozatrudnienie			Dochód z wynajmu gruntów		
Pomoc publiczna			Inny		
List o wsparciu finansowym - powinien być wypełniony wyłącznie przez osobę udzielającą wsparcia					
☐ Zapewniam ponad 50% wsparcia na pokrycie kosztów utrzymania pacjenta, ale nie jestem w stanie pomóc w opłaceniu rachunków medycznych.					
☐ Podpisując niniejszy list potwierdzam, że powyższe oświadczenie jest prawdziwe i że w żaden sposób nie będę ponosił odpowiedzialności za rachunki pacjenta. W razie pytań proszę o kontakt pod adresem _____ (Numer telefonu)					
Imię i nazwisko osoby udzielającej wsparcia				Relacja z pacjentem	
Podpis osoby udzielającej wsparcia				Data	

Weryfikacja dochodu i identyfikacja

Oświadczam, że informacje wymienione w niniejszym wniosku są prawdziwe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że podane informacje podlegają weryfikacji. Ponoszę odpowiedzialność za spłatę wszelkich usług świadczonych przez podmioty stowarzyszone MercyOne Genesis, jeśli powyższe informacje zostaną podane pod fałszywym pretekstem.

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

lub podpis opiekuna prawnego (jeśli dotyczy): _____ Data: _____

Relacja z pacjentem: _____ Data: _____



POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług stacjonarnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy MercyOne Genesis

Prosimy o przesłanie wniosku pocztą na poniższy adres lub faksem na numer 563-421-3608. W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt pod numerem 563-421-2233.

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center,
Patient Financial Services, Suite 2600
1401 West Central Park Avenue
Davenport, IA 52803

Jeśli Twoje usługi opieki zdrowotnej zostały skorzystane w stanie Illinois, obawy lub skargi dotyczące procesu ubiegania się o pomoc finansową lub zniżkę dla nieubezpieczonych można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois pod numerem 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>