

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług stacjonarnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy Trinity Health

Osobiste i poufne

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

Guarantor: Guarantor smarttext

Case Number: smarttext

Patients Included in Case:

- smarttext patient name(s)

Drogi patient name smarttext,

Dziękujemy za wybranie RHM smarttext jako Twój dostawca usług medycznych. Prosimy o wypełnienie załączonego wniosku i odesłanie go na poniższy adres, aby dokończyć ocenę pomocy finansowej.

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, skontaktuj się z naszym Centrum Obsługi Klienta pod numerem 800-494-5797, od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00-17:00 czasu wschodniego.

Szczerze

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

W imieniu RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

POUFNY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

W przypadku usług stacjonarnych i profesjonalnych świadczonych przez placówki i lekarzy Trinity Health

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 ☐ Zameężna ☐ 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 Trinity Health

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 Trinity Health, jeśli powyższe informacje zostaną podane pod fałszywym pretekstem.

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

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

Relacja z pacjentem: _____ Data: _____

Wyślij wniosek na powyższy adres, faks pod numer 312-871-3350 lub prześlij dokumenty za pośrednictwem MyChart (Portal Pacjenta) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, skontaktuj się z naszym Centrum Obsługi Klienta pod numerem 800-494-5797 od poniedziałku do piątku w godzinach 9-17 czasu wschodniego.

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>