

## POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

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

Lično i poverljivo

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Garant:** Guarantor smarttext

**Broj slučaja:** smarttext

**Pacijenti uključeni u slučaj:**

- smarttext patient name(s)

Poštovani/a patient name smarttext,

Hvala Vam što ste odabrali RHM smarttext 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 RHM smarttext

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<br>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.

Ako su vaše zdravstvene usluge primljene u državi Illinois, nedoumice ili žalbe na proces podnošenja zahteva za finansijsku pomoć ili neosiguran popust mogu biti prijavljene Zdravstvenom birou državnog tužioca Illinois 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>