

PROSIMY O DOŁĄCZENIE KOPII NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW ORAZ WYPEŁNIENIE I PODPISANIE WNIOSKU

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dwa paski wynagrodzenia za 30 dni odnośnie do wszystkich zgłoszonych dochodów | <input type="checkbox"/> List opisujący swoją sytuację finansową |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o niezatrudnieniu za 30 dni | <input type="checkbox"/> Zasiłki socjalne (jeśli dotyczy) |

 Zgłoszone federalne podatki dochodowe? Aby poprosić o wydanie zaświadczenia podatkowego, należy zadzwonić pod numer 1-800-829-1040 (odpis urzędowy, **nie formularz wypełniony odręcznie**)

-
- Tak – prosimy o przesłanie ostatniego federalnego zeznania podatkowego i arkuszy rozliczeniowych
-
-
- Nie – prosimy o podanie przyczyny:

 Składałem wniosek lub zamierzam złożyć wniosek o federalne lub stanowe dofinansowanie pomocy lekarskiej Tak (prosimy podać numer śledzenia lub pokazać pismo odmowne)
 Nie – nie obywatel Nie – za wysoki przychód Nie – inna przyczyna. Jaka? _____

INNE PRZYCHODY MIESIĘCZNE (Prosimy o dołączenie kopii dokumentów potwierdzających)

Inne	Pozostałe przychody	Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy	Alimenty
Emerytura	Dochód z wynajmu	Świadczenia kombatanckie	Zasiłek dla bezrobotnych

PACJENT/STRONA ODPOWIEDZIALNA: Należy zaznaczyć jedną odpowiedź: Stanu wolnego W związku małżeńskim Wdowa/wdowiec
 Osoba rozwiedziona W separacji formalnej (wymagana dokumentacja)

Imię i nazwisko: (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko) _____ Numer ubezpieczenia społecznego: _____ Data urodzenia: (MM/DD/RRRR) _____

Adres pacjenta/strony odpowiedzialnej: _____

Numer telefonu: _____	Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Pełny etat <input type="checkbox"/> Część etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Bezrobotny/bezrobotna <input type="checkbox"/> Student/studentka <input type="checkbox"/> Emeryt/emerytka	Częstotliwość otrzymywania wynagrodzenia: <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz na dwa miesiąca	Czy jest Pan/Pani ujęty/ujęta w innej deklaracji podatkowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, prosimy o przedstawienie deklaracji podatkowej osoby uwzględniającej.
-----------------------	---	--	--

Wielkość gospodarstwa domowego (pacjent, małżonek lub małżonka, osoby na utrzymaniu) _____ Nazwa i adres pracodawcy _____

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR) _____	Bez pracy: (MM/DD/RRRR) Od: _____ Do: _____	Średni przychód miesięczny brutto: (Kwota przed opodatkowaniem) \$ _____	Miesięczne wynagrodzenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy / uzupełniających, zasiłków z ubezpieczeń społecznych: \$ _____
---------------------------------------	--	---	---

MAŁŻONEK/MAŁŻONKA (jeśli dotyczy)

 Należy zaznaczyć jedną odpowiedź: Stanu wolnego W związku małżeńskim Wdowa/wdowiec Osoba rozwiedziona
 W separacji formalnej (wymagana dokumentacja)

Imię i nazwisko: (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko) _____ Numer ubezpieczenia społecznego: _____ Data urodzenia: (MM/DD/RRRR) _____

Numer telefonu: _____	Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Pełny etat <input type="checkbox"/> Część etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Bezrobotny/bezrobotna <input type="checkbox"/> Student/studentka <input type="checkbox"/> Emeryt/emerytka	Częstotliwość otrzymywania wynagrodzenia: <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz na dwa miesiąca	Czy jest Pan/Pani ujęty/ujęta w innej deklaracji podatkowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, prosimy o przedstawienie deklaracji podatkowej osoby uwzględniającej.
-----------------------	---	--	--

Wielkość gospodarstwa domowego (pacjent, małżonek lub małżonka, osoby na utrzymaniu) _____ Nazwa i adres pracodawcy _____

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR) _____	Bez pracy: (MM/DD/RRRR) Od: _____ Do: _____	Średni przychód miesięczny brutto: (Kwota przed opodatkowaniem) \$ _____	Miesięczne wynagrodzenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy / uzupełniających, zasiłków z ubezpieczeń społecznych: \$ _____
---------------------------------------	--	---	---

OSOBY NA UTRZYMANIU w wieku poniżej 18 lat (jeśli osób na utrzymaniu jest więcej niż 3, należy użyć osobnej strony)

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Osoba ujęta jako osoba na utrzymaniu w zeznaniu podatkowym	
1.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Potwierdzam, że podane informacje są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Złożę lub zamierzam złożyć wniosek o federalne lub stanowe dofinansowanie pomocy lekarskiej, do którego mogę mieć prawo, aby opłacić rachunek za leczenie w tym szpitalu. Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital oraz upoważniam szpital do kontaktu z dowolnymi stronami trzecimi w celu zweryfikowania informacji podanych w niniejszym formularzu. Rozumiem, że jeśli świadomie podam w niniejszym formularzu nieprawdziwe informacje, nie będzie mi przysługiwać pomoc finansowa, jakkolwiek już przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta oraz będę zobowiązany/zobowiązana do pokrycia rachunku wystawionego przez szpital.

ABY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY, MUSI BYĆ PODPISANY

Podpis pacjenta/strony odpowiedzialnej _____ Data _____

Szanowny Pacjencie,

OSF HealthCare wie, że pacjenci mają wątpliwości dotyczące opłat za leczenie. Niniejszy formularz pomoże rozwiązać Państwa wątpliwości na temat opłat za pobyt w szpitalu, wizytę u lekarza lub w przychodni oraz za domową opiekę medyczną.

Informacje podane w niniejszym formularzu pomogą nam określić, czy kwalifikują się Państwo do otrzymania jakiegś formy pomocy finansowej. Na podstawie podanych przez Państwa informacji w niniejszym formularzu OSF określi, czy są Państwo uprawnieni do otrzymania ulgi dla osób nieposiadających ubezpieczenia, płatności z innych źródeł lub czy kwalifikują się Państwo do programu pomocy finansowej OSF.

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o odwiedzenie naszej strony internetowej pod adresem lub kontakt telefoniczny. Zawsze chętnie pomożemy!

Z poważaniem,
Siostry Pielęgniarki Trzeciego Zakonu
Regularnego świętego Franciszka.



OSF
HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

Prosimy o wypełnienie niniejszego wniosku i przesłanie do OSF HealthCare wymaganych dokumentów

Usługi finansowe
OSF HealthCare
dla pacjentów
(w tym MI)

P.O. Box 1701,
Peoria, IL 61656-1701
(800) 421-5700 lub
(309) 683-6750
Faks (309) 308-3963

Opieka farmaceutyczna
OSF w domu pacjenta

2265 W. Altorfer Road,
Peoria, IL 61615-1807

Dostawa przez OSF
sprzętu medycznego
do domu pacjenta

Opieka farmaceutyczna
w domu: (800) 446-3009
Sprzęt medyczny do domu:
(877) 795-0416

Prosimy o wypełnienie i zwrot niniejszego wniosku w ciągu 240 dni od otrzymania pierwszego rozliczenia.

- Prosimy wejść na konto OSF MyChart, aby wypełnić wniosek i przesłać dokumenty (jeśli nie mają Państwo konta OSF MyChart lub potrzebują pomocy przy jego zakładaniu, prosimy o kontakt telefoniczny z naszym biurem – to proste!) lub

- Prosimy wejść na stronę internetową OSF pod adresem aby wypełnić wniosek o pomoc finansową i przesłać wymagane dokumenty, lub

- Prosimy wypełnić niniejszy wniosek w wersji papierowej i przesłać kopie wymaganych dokumentów do nas pocztą lub faksem albo przynieść je do dowolnego ośrodka OSF.

Pacjenci nieposiadający ubezpieczenia mogą ubiegać się o zniżkę dla osób nieubezpieczonych. W tym celu powinni wypełnić niniejszy wniosek i przekazać jeden z poniższych dokumentów potwierdzających dochody rodziny. Ponadto mogą Państwo kwalifikować się do programu pomocy finansowej OSF. Aby to sprawdzić, należy przekazać dodatkowe dokumenty (szczegółowe informacje znajdują się we wniosku).

- Kopia ostatniego zeznania podatkowego
- Kopia ostatnich formularzy W-2 i 1099
- Kopie dwóch ostatnich pasków wynagrodzenia
- Pisemne potwierdzenie dochodów od pracodawcy, jeśli wypłata jest otrzymywana w gotówce
- Dowolne inne, akceptowane przez OSF HealthCare, potwierdzenie od strony trzeciej pozwalające zweryfikować wysokość dochodów.

Ważne:

MOGĄ BYĆ PAŃSTWO UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA BEZPŁATNEJ LUB TAŃSZEJ OPIEKI MEDYCZNEJ:

Completing this application will help OSF HealthCare determine if you can receive free or discounted services or other public programs that can help pay for your health care. Please submit this application to the hospital.

W PRZYPADKU BRAKU UBEZPIECZENIA NIE TRZEBA PODAWAĆ NUMERU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO, ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO OTRZYMANIA BEZPŁATNEJ LUB TAŃSZEJ OPIEKI MEDYCZNEJ.

Jednak numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany przez niektóre programy publiczne, na przykład Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikują się Państwo do programów publicznych.

Aby ubiegać się o bezpłatną lub tańszą opiekę medyczną, prosimy o wypełnienie niniejszego wniosku i przesłanie go za pośrednictwem konta OSF MyChart, dostarczenie osobiste, pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną lub faksem w ciągu 240 dni od daty otrzymania pierwszego rozliczenia.

Pacjent potwierdza, że dołożył wszelkich starań, aby przekazać we wniosku wszystkie wymagane informacje potrzebne szpitalowi do określenia, czy jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej.

Jeśli pacjent spełni wstępne warunki lub zostanie wstępnie zakwalifikowany na podstawie wysokości dochodów rodziny, to nie musi wypełniać części wniosku dotyczącej miesięcznych wydatków.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

OSF HealthCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. OSF HealthCare postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

**WNIOSEK O POMOC
FINANSOWĄ OSF HEALTHCARE**