

Wyłącznie do użytku administracyjnego

Placówka _____

Nr konta _____

Nr dok. med. _____

Wniosek o pomoc finansową (Załącznik A)

Wyłącznie do użytku administracyjnego

Rodzaj pacjenta _____

Kwota W/O USD _____

Metoda obliczeń _____

I. Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta: _____
(Nazwisko) (Imię) (Drugie imię) (NR UBEZ. SPOŁ. – **NIWYMAGANY**) (DATA URODZENIA)

Imię i nazwisko poręczyciela: _____
(Nazwisko) (Imię) (Drugie imię) (NR UBEZ. SPOŁ. – **NIWYMAGANY**) (DATA URODZENIA)

Adres: _____
(Ulica) (Miasto) (Stan) (Kod pocztowy)

Nr tel. domowego: _____ Nr tel. służbowego: _____ Nr tel. komórkowego: _____

II. Informacje dotyczące gospodarstwa domowego

Stan cywilny pacjenta: <i>(zaznaczyć jedną opcję)</i>	Żonaty/ zameżna	Kawaler/ panna	Rozwodnik/ rozwódka	Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym:
---	----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--

Imię i nazwisko małżonka(-ki) i osób na utrzymaniu: <i>(Dołączyć oddzielne strony dot. dodatkowych osób na utrzymaniu)</i>	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego (NIWYMAGANY)

III. Informacje dotyczące obecnego zatrudnienia

Imię i nazwisko pracownika (pacjenta, poręczyciela, małżonka(-ki) lub osoby zależnej):	Nazwa pracodawcy, adres i daty zatrudnienia
	<i>Data zatrudnienia:</i>
	<i>Data zatrudnienia:</i>
	<i>Data zatrudnienia:</i>

IV. Informacje na temat ubezpieczenia *(Dołączyć dodatkowe strony z informacjami na temat dodatkowego ubezpieczenia)*

Czy jest Pan(i) objęty(-a) lub ubiega się Pan(i) o ubezpieczenie zdrowotne (włączając Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus lub Healthy NY)?	TAK	NIE
Jeśli tak, wyjaśnić: <i>(podać nazwę firmy ubezpieczeniowej, adres, numer telefonu, numer polisy/grupy oraz informacje dot. głównego płatnika)</i>		

V. Pozostałe informacje

Czy leczenie jest rezultatem wypadku lub obrażenia?	TAK	NIE
Jeżeli tak, podać datę wypadku:		
Krótki opis wypadku:		
Ulica, miasto i stan, gdzie wypadek miał miejsce:		
Czy włączono ubezpieczenie właściciela domu lub ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej?		

NIE MA KONIECZNOŚCI DOKONYWANIA PŁATNOŚCI NA RZECZ SZPITALA DO CZASU WYSŁANIA PRZEZ SZPITAL PISMA Z DECYZJĄ W SPRAWIE WNIOSKU

Wniosek o pomoc finansową
(Załącznik B)

VI. Oświadczenie finansowe

Podać kwoty łączne dot. pacjenta, poręczyciela, małżonka(-ki) i osób zależnych: (W razie konieczności załączyć dodatkowe strony)

DOCHÓD MIESIĘCZNY:	KWOTA:
Wynagrodzenie, pensje, napiwki brutto	USD
Ubezpieczenie społeczne	USD
Niepełnosprawność	USD
Zasilek dla bezrobotnych	USD
Świadczenia alimentacyjne	USD
Alimenty/utrzymanie	USD
Dochód z dzierżawy	USD
Dochód z nieruchomości	USD
Emerytura	USD
Dywidendy/odsetki	USD
Inny dochód (określić):	
	USD
	USD
	USD

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i prawidłowe zgodnie z moim stanem wiedzy. Rozumiem, że podanie nieuczciwych lub mylących informacji skutkuje utratą uprawnienia do pomocy finansowej. Zgadzam się na ujawnienie wszelkich danych niezbędnych do weryfikacji podanych informacji oraz w celu fakturowania i egzekwowania płatności zgodnie z obowiązującymi przepisami federalnymi i stanowymi. Złożę wniosek o wszelką pomoc (Medicaid, Medicare, ubezpieczenie itd.), która może być dostępna, w celu opłacenia moich rachunków szpitalnych oraz podejmę wszelkie działania niezbędne do uzyskania takiej pomocy, a także sceduję lub zapłacę na rzecz szpitala kwotę potrąconą na opłaty szpitalne.

Rozumiem, że wniosek ten jest składany w celu ustalenia przez szpital mojego uprawnienia do pomocy finansowej w oparciu o ustalone kryteria na podstawie dokumentacji szpitala.

Ponadto zgadzam się podać dodatkowe informacje na żądanie w celu ustalenia uprawnienia. Zgadzam się informować szpitala NYU o wszelkich zmianach potrzeb, uprawnienia do ubezpieczenia, dochodu, własności, miejsca zamieszkania lub adresu, jeśli wystąpią.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data _____

Podpis osoby przeprowadzającej rozmowę: _____ Data: _____

**NIE MA KONIECZNOŚCI DOKONYWANIA PŁATNOŚCI NA RZECZ SZPITALA DO CZASU WYSŁANIA
PRZEZ SZPITAL PISMA Z DECYZJĄ W SPRAWIE WNIOSKU**