

Tylko do użytku administracyjnego
Ośrodek **Long Island Community**

Nr klienta _____

Nr dok. med. _____

Wniosek o wsparcie finansowe (Załącznik A)

Tylko do użytku administracyjnego
Typ pacjenta _____

Kwota obniżki w USD _____

Metoda obliczania _____

I. Dane demograficzne pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta: _____
(Nazwisko) (Imię) (Drugie imię) (SSN – **NIWYMAGANY**) (Data ur.)

Imię i nazwisko poręczyciela: _____
(Nazwisko) (Imię) (Drugie imię) (SSN – **NIWYMAGANY**) (Data ur.)

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

Telefon domowy: _____ Telefon służbowy: _____ Telefon komórkowy: _____

II. Informacje o gospodarstwie domowym

Stan cywilny pacjenta: (Zaznacz jedną opcję)	Żonaty/ zameżna	Wolny/ wolna	W separacji	Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym:
--	----------------------------	-------------------------	--------------------	--

Imię (imiona) współmałżonka i osób pozostających na utrzymaniu: (Dołącz osobny arkusz dla dodatkowych osób na utrzymaniu)	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) (NIWYMAGANY)

III. Informacje o bieżącym zatrudnieniu

Imię i nazwisko pracownika (pacjenta, poręczyciela,	Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy, adres i daty
	Data zatrudnienia:
	Data zatrudnienia:
	Data zatrudnienia:

IV. Informacje o ubezpieczeniu (Dołącz osobne arkusze z dodatkowymi informacjami o ubezpieczeniu)

Czy masz lub ubiegasz się o jakiegokolwiek ubezpieczenie zdrowotne (w tym ubezpieczenie Medicaid lub ubezpieczenie NY State of Health)?	TAK	NIE
Jeśli tak, podaj więcej informacji: (podaj nazwę firmy ubezpieczeniowej, adres, numer telefonu, numer polisy/grupy i informacje o uczestniku planu ubezpieczeniowego)		

V. Inne informacje

Czy leczenie jest wymagane w związku z wypadkiem lub urazem?	TAK	NIE
Jeśli tak, podaj datę wypadku:		
Krótki opis wypadku:		
Miejsce, w którym doszło do wypadku (ulica, miasto i stan):		
Czy koszty będą pokrywane w ramach ubezpieczenia domu lub ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej?		

NIE MUSISZ DOKONYWAĆ ŻADNYCH PŁATNOŚCI NA RZECZ SZPITALA, DOPÓKI SZPITAL NIE PRZEŚLE CI LISTU Z DECYZJĄ W SPRAWIE TWOJEGO WNIOSKU

Wniosek o wsparcie finansowe

(Załącznik B)

VI. Sprawozdanie finansowe

Wprowadź sumy dla pacjenta, poręczyciela, współmałżonka i osób pozostających na utrzymaniu. (W razie potrzeby dodaj dodatkowe arkusze)

MIESIĘCZNY DOCHÓD:	KWOTA:
Wynagrodzenie, pensja, napiwki brutto	USD
Ubezpieczenie społeczne	USD
Niepełnosprawność	USD
Bezrobocie	USD
Alimenty na dzieci	USD
Alimenty na inne osoby	USD
Dochód z wynajmu	USD
Dochód z nieruchomości	USD
Emerytura/renta	USD
Dywidendy / odsetki kapitałowe	USD
Inne dochody (proszę określić):	
	USD
	USD
	USD

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji uniemożliwi mi uzyskanie jakiegokolwiek wsparcia finansowego. Zezwalam na ujawnienie wszelkich informacji potrzebnych do weryfikacji podanych danych oraz do rozliczeń i windykacji zgodnie z obowiązującymi przepisami federalnymi i stanowymi. Ponadto złożę wniosek o wszelkie dostępne wsparcie (Medicaid, Medicare, ubezpieczenie itp.) w celu pokrycia moich opłat szpitalnych oraz podejmę wszelkie uzasadnione działania niezbędne do uzyskania takiego wsparcia, a także sceduję wszelkie kwoty uzyskane z tytułu takiego wsparcia lub zapłacę je szpitalowi na poczet opłat szpitalnych.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek został złożony, aby szpital mógł określić, czy kwalifikuję się do otrzymania wsparcia finansowego na podstawie ustalonych kryteriów udokumentowanych przez szpital.

Ponadto wyrażam zgodę na dostarczenie dodatkowych informacji wymaganych w celu ustalenia, czy spełniam wymagane kryteria. Wyrażam zgodę na informowanie szpitala Long Island Community Hospital o wszelkich zmianach dotyczących moich potrzeb, uprawnień do ubezpieczenia, dochodów, majątku, warunków mieszkaniowych lub adresu.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data _____

Podpis osoby przeprowadzającej wywiad: _____ Data _____

NIE MUSISZ DOKONYWAĆ ŻADNYCH PŁATNOŚCI NA RZECZ SZPITALA, DOPÓKI SZPITAL NIE PRZEŚLE CI LISTU Z DECYZJĄ W SPRAWIE TWOJEGO WNIOSKU

W załączeniu wniosek o wsparcie finansowe szpitala Long Island Community Hospital:

PROCES UBIEGANIA SIĘ O WSPARCIE FINANSOWE:

1. Wypełnij załączony wniosek w całości
2. Prześlij wypełniony wniosek w ciągu 30 dni na adres

Szpital Long Island Community Hospital
101 Hospital Road
Patchogue, NY, 11772
Attn: Financial Counseling

3. Po otrzymaniu wszystkich wymaganych dokumentów i informacji wniosek zostanie rozpatrzony i otrzymasz pisemną informację o decyzji w ciągu 30 dni.

WAŻNE

- Niniejszy wniosek o wsparcie finansowe dotyczy opłat szpitalnych i nie obejmuje opłat za lekarzy ani innych specjalistów.
- Opłaty za prywatny pokój lub inne osobiste opłaty tego typu nie są pokrywane przez program wsparcia finansowego.
- Usługi opcjonalne objęte ubezpieczeniem nieuznawanym przez szpital Long Island Community Hospital nie są objęte programem wsparcia finansowego.

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt pod numerem (631) 687-4653.

Z poważaniem

Financial Counseling

NIE MUSISZ DOKONYWAĆ ŻADNYCH PŁATNOŚCI NA RZECZ SZPITALA, DOPÓKI SZPITAL NIE PRZEŚLE CI LISTU Z DECYZJĄ W SPRAWIE TWOJEGO WNIOSKU