

Dzisiejsza data (MM/DD/RRRR) (Do zwrotu w ciągu 30 dni)	
Nr dokumentacji medycznej:	
Poręczyciel nr:	
Polecony przez:	



### WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Przesłać do: Gundersen Health System, Attn: CFS/NCA3-01  
1900 South Ave., La Crosse, WI 54601

Imię i nazwisko wnioskodawcy (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)
---

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
Jeżeli jest, proszę podać informacje oraz załączyć kopię karty ubezpieczeniowej	
Nazwa i adres firmy ubezpieczeniowej:	Numer polisy:

MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG	
<input type="checkbox"/> Gundersen Lutheran Medical Center/Klinika	<input type="checkbox"/> Szpital i Klinika Gundersen St. Joseph's
<input type="checkbox"/> Szpital i Klinika Gundersen Boscobel Area	<input type="checkbox"/> Szpital i Klinika Gundersen Tri-County
<input type="checkbox"/> Szpital i Klinika Palmer Lutheran	<input type="checkbox"/> Szpital i Klinika Gundersen Moundview

NALEŻY ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE POLA, KTÓRE DOTYCZĄ I DOSTARCZYĆ DOKUMENTACJĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ	
<input type="checkbox"/> Kwalifikuje się do Medicaid, lecz nie kwalifikuje się data usługi lub usługa nieobjęta ubezpieczeniem	<input type="checkbox"/> Zmarły(-a), bez majątku
<input type="checkbox"/> Bezdolny(-a) – wyjaśnić:	<input type="checkbox"/> Przebywa w zakładzie karnym

PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ KOPIE WYMAGANEJ, NIŻEJ WYMIENIONEJ DOKUMENTACJI, A NASTĘPNIE WYPEŁNIĆ I PODPISAC WNIOSEK	
<input type="checkbox"/> Kopie wyciągów 401K/Emerytalnych/Certyfikatów depozytowych (CD)/ itd.	<input type="checkbox"/> Przedłożyć list przedstawiający sytuację finansową
<input type="checkbox"/> Kopie odcinków wypłaty z 60 dni dla całego zgłoszonego dochodu	<input type="checkbox"/> Kopie świadczeń ubezpieczenia społecznego (SS) (jeśli dotyczy)
<input type="checkbox"/> Kopie zaświadczeń o statusie bezrobotnego z ostatnich 60 dni	<input type="checkbox"/> Kopie wyciągów z bankowych kont bieżących i oszczędnościowych
<input type="checkbox"/> Kopie deklaracji podatku od nieruchomości	<input type="checkbox"/> Kopie wyciągu stanu konta kredytu hipotecznego
Złożone zeznanie dot. federalnego podatku dochodowego? <small>Aby uzyskać kopię dokumentacji podatkowej, należy zadzwonić pod nr 1-800-829-1040</small>	
<input type="checkbox"/> Tak – należy przesłać ostatnie federalne zeznania podatkowe i załączniki potwierdzające.	
<input type="checkbox"/> Nie – proszę wyjaśnić, dlaczego:	

Ubiegałem(-am) się lub będę się ubiegać o pomoc stanową lub federalną w zakresie opieki medycznej
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie – nie mam obywatelstwa <input type="checkbox"/> Nie – zbyt wysoki dochód <input type="checkbox"/> Nie – inny powód, dlaczego?

Preferencja dotycząca komunikacji poprzez e-mail:	
Rozumiem, że niekodowane wiadomości e-mail nie stanowią bezpiecznej metody komunikacji oraz że istnieje pewne ryzyko, iż informacje zawarte w wiadomości e-mail mogą zostać wysłane na nieprawidłowy adres lub mogą do nich uzyskać dostęp bądź je przechwycić niepowołane osoby trzecie. Zwracam się z prośbą, aby Gundersen Health System przekazywał mi informacje dotyczące tego Wniosku o pomoc finansową za pośrednictwem poczty e-mail. Rozumiem, że w dowolnej chwili mogę wycofać tę prośbę.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Adres e-mail:	

PACJENT/STRONA ODPOWIEDZIALNA			
Proszę zaznaczyć jedno pole: <input type="checkbox"/> stan wolny <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> rozwiedziony(-a) <input type="checkbox"/> w separacji			
Imię i nazwisko (Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko)	Numer ubezpieczenia społecznego (SS)	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	
Adres	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Numer telefonu:	Wielkość gospodarstwa domowego (Pacjent, Współmałżonek i Osoby zależne)		
Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Pełny wymiar czasu <input type="checkbox"/> Niepełny wymiar czasu <input type="checkbox"/> Samozatrudniony <input type="checkbox"/> Bezrobotny <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Emeryt	Nazwa i adres pracodawcy		

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR)	Stanowisko:	Częstotliwość wypłat: <input type="checkbox"/> co tydzień <input type="checkbox"/> co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> co miesiąc <input type="checkbox"/> co dwa miesiące	Czy ubiegający się jest zgłoszony w innym zeznaniu podatkowym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <small>Jeżeli tak, dostarczyć to zeznanie podatkowe.</small>
Bezrobotny: (MM/DD/RRRR) Od:                                  Do:		Przeciętny miesięczny dochód brutto: \$	Miesięcznie SSI/SSDI: \$

<b>WSPÓŁMAŁŻONEK (jeśli dotyczy)</b>				
Imię i nazwisko (Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko)		Numer ubezpieczenia społecznego (SS)	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Numer telefonu:
Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Pełny wymiar czasu <input type="checkbox"/> Niepełny wymiar czasu <input type="checkbox"/> Samozatrudniony <input type="checkbox"/> Bezrobotny <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Emeryt		Nazwa, adres i numer telefonu pracodawcy:		
Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR)	Stanowisko:	Częstotliwość wypłat: <input type="checkbox"/> co tydzień <input type="checkbox"/> co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> co miesiąc <input type="checkbox"/> co dwa miesiące	Czy ubiegający się jest zgłoszony w innym zeznaniu podatkowym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <small>Jeżeli tak, dostarczyć to zeznanie podatkowe.</small>	
Bezrobotny: (MM/DD/RRRR) Od:                                  Do:		Przeciętny miesięczny dochód brutto: \$	Miesięcznie SSI/SSDI: \$	

<b>OSOBY ZALEŻNE (jeżeli więcej niż 4 osoby, należy użyć osobnej kartki)</b>					
Pełne imię i nazwisko		Powiązanie	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Zgłoszony jako osoba zależna 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
4.				<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

<b>INNY COMIESIĘCZNY DOCHÓD (należy dołączyć kopie dokumentacji potwierdzającej ten dochód)</b>					
Inne wynagrodzenie	\$	Dochód z wynajmu	\$	Alimenty/alimenty na dziecko	\$
Emerytura	\$	Renta inwalidzka	\$	Zasiłek z tytułu bezrobocia	\$
Inny dochód	\$	Świadczenia dla weteranów	\$	Odsetki/dywidendy	\$

<b>PODSTAWOWE WYDATKI:</b>			
RODZAJ	MIESIĘCZNA OPŁATA	OSZACOWANA WARTOŚĆ	NIEUREGULOWANE SALDO
Opłata za wynajem	\$	\$	\$
Główne miejsce zamieszkania	\$	\$	\$
Drugi kredyt hipoteczny	\$	\$	\$
Drugi/Dom wakacyjny/Ziemia	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Żaden – należy wyjaśnić, dlaczego ubiegający się nie ponosi opłat z tytułu wynajmu lub kredytu hipotecznego:			

<b>SAMOCHÓD/MOTOCYKL/POJAZD REKREACYJNY</b>			
TYP/MARKA/MODEL/ROK	MIESIĘCZNA OPŁATA	OSZACOWANA WARTOŚĆ	NIEUREGULOWANE SALDO
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

<b>AKTYWA</b>			
Saldo na koncie bieżącym	\$	Saldo na koncie oszczędnościowym	\$

Akcje/Obligacje	\$	Certyfikaty depozytowe (CD)	\$
401K	\$	IRA	\$
403B	\$	Inne/HSA/FSA	\$

**POŚWIADCZENIE:** Oświadczam, że podane tutaj dane dotyczące dochodu/wydatków są prawidłowe i zgodne z prawdą. Należy mieć świadomość, że możemy sprawdzić dostarczone informacje dotyczące raportu kredytowego. Rozumiem, że w przypadku świadomego podania we wniosku nieprawdziwych danych, nie będę kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, a przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę ponosić odpowiedzialność za uregulowanie rachunków za usługi medyczne.

<b>ABY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY, WYMAGANY JEST PODPIS</b>	
Podpis pacjenta/strony odpowiedzialnej	Data
Współmałżonek (jeśli dotyczy)	Data