

Wniosek o pomoc finansową

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

Imię i nazwisko ubiegającej się osoby (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
<input type="checkbox"/> Szpital i Klinika Gundersen St. Elizabeth's	

NALEŻY ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE POLA, KTÓRE DOTYCZĄ, I DOSTARCZYĆ DOKUMENTACJĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ

<input type="checkbox"/> Osoba kwalifikująca się do Medicaid, lecz nie na dzień świadczenia usługi lub usługi nieobjęta ubezpieczeniem	<input type="checkbox"/> Osoba zmarła, bez majątku
<input type="checkbox"/> Osoba bezdomna – wyjaśnić:	<input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w zakładzie karnym

**PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ KOPIE WYMAGANEJ, NIŻEJ WYMIENIONEJ DOKUMENTACJI,
A NASTĘPNIE WYPEŁNIĆ I PODPISAĆ WNIOSEK**

<input type="checkbox"/> Kopie wyciągów 401K / Emerytalnych / Certyfikatów depozytowych (CD) / innych	<input type="checkbox"/> Przedłożyć list przedstawiający sytuację finansową
<input type="checkbox"/> Kopie odcinków wypłaty z 30 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 30 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

Złożono zeznanie dot. federalnego podatku dochodowego? Aby uzyskać kopię dokumentacji podatkowej, należy zadzwonić pod nr 1-800-829-1040

- Tak – należy przesłać dokumentację dotyczącą ostatniego zwrotu podatku federalnego i załączniki potwierdzające.
 Nie – prosimy wyjaśnić, dlaczego?

Ubiegam się lub będę się ubiegać o pomoc stanową lub federalną w zakresie opieki medycznej...

- Tak
 Nie – nie mam obywatelstwa
 Nie – zbyt wysoki dochód
 Nie – inny powód. Wyjaśnić, dlaczego.

PREFERENCJE DOTYCZĄCE POCZTY ELEKTRONICZNEJ

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.

- Tak
 Nie

Adres e-mail:

PACJENT / STRONA ODPOWIEDZIALNA

Proszę zaznaczyć jedno pole:

 Stan wolny Żonaty/zamężna Wdowiec/wdowa Rozwiedziony(-a) W separacji

Imię i nazwisko (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)				Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	
Adres (ulica)		Miasto		Stan/prowincja		Kod pocztowy	
Od:		Do:		\$		\$	
Numer telefonu				Wielkość gospodarstwa domowego (pacjent, współmałżonek i osoby zależne)			
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> W pełnym wymiarze <input type="checkbox"/> W niepełnym wymiarze <input type="checkbox"/> Jednoosobowa działalność <input type="checkbox"/> Bezrobotny(-a) <input type="checkbox"/> Student(ka) <input type="checkbox"/> Emeryt(ka)				Nazwa i adres pracodawcy			
Data zatrudnienia (MM/DD/RRRR)		Stanowisko		Częstotliwość wypłat <input type="checkbox"/> Raz na tydzień <input type="checkbox"/> Raz na dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz na miesiąc <input type="checkbox"/> Raz na dwa miesiące		Czy ubiegający się jest zgłoszony w innym roszczeniu dotyczącym zwrotu podatku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli „tak”, to dostarczyć to rozliczenie podatkowe.	
Bezrobotny(-a) (MM/DD/RRRR) Od: _____ Do: _____				Średni dochód miesięczny brutto \$ _____		Miesięcznie SSI/SSDI \$ _____	

INNY COMIESIĘCZNY DOCHÓD*Należy dołączyć kopie dokumentacji potwierdzającej ten dochód*

Inne wynagrodzenie	\$ _____	Dochód z wynajmu	\$ _____	Alimenty / alimenty na dziecko	\$ _____
--------------------	----------	------------------	----------	--------------------------------	----------

MAŁŻONKOWIE*Jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)	Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Numer telefonu
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> W pełnym wymiarze <input type="checkbox"/> W niepełnym wymiarze <input type="checkbox"/> Jednoosobowa działalność <input type="checkbox"/> Bezrobotny(-a) <input type="checkbox"/> Student(ka) <input type="checkbox"/> Emeryt(ka)		Nazwa, adres i numer telefonu pracodawcy	
Data zatrudnienia (DD/MM/RRRR)	Stanowisko	Częstotliwość wypłat <input type="checkbox"/> Raz na tydzień <input type="checkbox"/> Raz na dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Raz na miesiąc <input type="checkbox"/> Raz na dwa miesiące	Czy ubiegający się jest zgłoszony w innym roszczeniu dotyczącym zwrotu podatku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli „tak”, to dostarczyć to rozliczenie podatkowe.
Bezrobotny(-a) (MM/DD/RRRR) Od: _____ Do: _____		Średni dochód miesięczny brutto \$ _____	Miesięcznie SSI/SSDI \$ _____

OSOBY ZALEŻNE*Jeżeli więcej niż 6 osób, należy użyć osobnej kartki*

Imię i nazwisko	Relacja	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Zgłoszona jako osoba zależna w rozliczeniu 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
5.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

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

SAMOCHÓD / MOTOCYKL / POJAZD REKREACYJNY					
TYP / MARKA / MODEL / ROK			MIESIĘCZNA OPŁATA	WARTOŚĆ SZACUNKOWA	NIEUREGULOWANE SALDO
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
Emerytura	\$	Renta inwalidzka	\$	Zasilek z tytułu bezrobocia	\$
Dochód inny	\$	Świadczenia dla weteranów	\$	Odsetki / dywidendy	\$

AKTYWA			
Saldo na koncie bieżącym	\$	Saldo na koncie oszczędnościowym	\$
Akcje/obligacje	\$	CD	\$
401K	\$	IRA	\$
403B	\$	Inne / HSA / FSA	\$
<p>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.</p>			

ABY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY, WYMAGANY JEST PODPIS	
Pacjent / strona odpowiedzialna	Data
Współmałżonek (jeśli dotyczy)	Data

