

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
Email to: financialassistance@gundersenhealth.org

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		

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.

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