Advocate Health Care

Wniosek o zniżkę ze względu na trudną sytuację

Ogólne informacje o programie dla osób w trudnej sytuacji

Informacje, które należy podać w tym wniosku są wymagane do ustalenia kwalifikowalności do zniżki dla osób w trudnej sytuacji. Program zniżek dla osób w trudnej sytuacji jest skierowany do ubezpieczonych i nieubezpieczonych pacjentów, których dochód przekracza limity uprawniające do korzystania z pomocy finansowej. Kwalifikowalność opiera się na należnościach za usługi otrzymane w Advocate Health Care w porównaniu z dochodem gospodarstwa domowego pacjenta.

Wymagania dotyczące ubiegania się o zniżkę ze względu na trudną sytuację

Aby ubiegać się o zniżkę ze względu na trudną sytuację, pacjent musi spełniać następujące wymagania:

- Być mieszkańcem stanu Illinois
- Pacjent musi w pełni współpracować w ramach procedury weryfikacji kwalifikowalności do programu zniżek dla osób w trudnej sytuacji. Jeśli do wypełnienia wniosku potrzebne będą dodatkowe informacje i/lub dokumenty potwierdzające, do pacjenta zostanie wysłane pismo z informacjami o potrzebnych dokumentach i terminach ich dostarczenia. Jeśli wymagane informacje nie zostaną dostarczone w terminie, pacjent nie będzie kwalifikował się do udziału w programie.

Czego należy oczekiwać: procedura weryfikacji kwalifikowalności

Kwalifikowalność zostanie określona w odpowiednim terminie od daty otrzymania wniosku przez zespół ds. pomocy finansowej (Financial Assistance Services Team) w Advocate Health Care. Po zakończeniu weryfikacji, pacjent otrzyma pismo z informacją o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku.

Proszę wypełnić wszystkie 3 strony formularza. Wypełnienie całego formularza zapobiegnie opóźnieniom w procedurze weryfikacji.

Informacje o pacjencie			
Imię i nazwisko pacjenta	Nr ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia	Numer konta

Informacja o wnioskodawcy				
Imię i nazwisko wnioskodawcy	Powiązanie z pacjentem	Nr ubezp. społecznego	Data urodzenia	Stan cywilny
Adres		Miejscowość, stan i kod pocztowy		
Nr telefonu domowego	Nr komórkowy	Imię i nazwisko osoby do kontaktu w nagłym przypadku	Nr tel. do kontaktu w nagłym przypadku	
Nazwa pracodawcy		Adres pracodawcy	Telefon do pracy	

UWAGA: Jeśli adres, na który pacjent otrzymuje pocztę, różni się od adresu zamieszkania, należy wypełnić poniższe informacje dotyczące adresu do korespondencji.

Adres pocztowy	Miejscowość, stan i kod pocztowy

Informacje o ubezpieczeniu zdrowotnym ☐ Zaznaczyć pole w przypadku, gdy pacjent nie ma żadnego źródła ubezpieczenia zdrowotnego				
Dostawca ubezp. zdrowotnego	Posiadacz polisy ubezpieczeniowej	Nr polisy	Nr polisy grupowej	Data wejścia w życie

Czy członek gospodarstwa domowego stracił pracę w ciągu ostatnich 60 dni?	Tak ☐ Nie ☐
Czy otrzymał(a) on(a) powiadomienie o możliwości wybrania ubezpieczenia COBRA?	Tak ☐ Nie ☐
Czy wybrał(a) ubezpieczenie COBRA?	Tak ☐ Nie ☐
Jeśli członek gospodarstwa domowego nie wybrał ubezpieczenia COBRA, proszę zaznaczyć jedną opcję: ☐ Składki w COBRA są zbyt wysokie ☐ Ma nowe ubezpieczenie	

Proszę wymienić poniżej wszystkich członków gospodarstwa domowego				
	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia	Powiązanie z pacjentem
1				
2				
3				
4				
5				
6				

UWAGA: Dodatkowych członków gospodarstwa domowego można wymienić w części „Uwagi" na stronie 3 formularza.

Miesięczny dochód gospodarstwa domowego		
Rodzaj dochodu	Miesięczny dochód brutto wnioskodawcy	Miesięczny dochód brutto współmałżonka wnioskodawcy
Dochód z tytułu zatrudnienia	$	$
Renta/emerytura/emerytura z ubezpieczenia społecznego	$	$
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy	$	$
Zasiłek z tytułu bezrobocia	$	$
Zapomoga na dziecko/alimenty	$	$
Inny (podać źródło tutaj_____)	$	$

Oświadczenie o wsparciu

Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną przez ostatnie___lat(a) /_____miesiące(miesięcy). W związku z brakiem pracy zarobkowej, żywność, miejsce do mieszkania i ubrania zapewnia mi_____(powiązanie z wnioskodawcą =_____)

Potwierdzenie i podpisy

Niniejszym oświadczam, że informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą, rzetelne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Niniejszym upoważniam Szpital do skontaktowania się z dowolną osobą, firmą lub organizacją w celu zweryfikowania podanych informacji i niniejszym upoważniam każdą taką osobę, firmę lub organizację do ujawnienia Szpitalowi wszelkich informacji finansowych, o które może wnioskować.

Podpis wnioskodawcy | Data

Wypełniony formularz należy przesłać pocztą na adres:

Advocate Health Care

Attentioni: Financial Assistance Services

PO Box 3039

Oak Brook, IL 60522-9908

Uwagi