


Ważne: MOŻESZ OTRZYMAĆ BEZPŁATNĄ OPIEKĘ LUB OPIEKĘ PO OBNIŻONEJ CENIE Wypełnienie tego wniosku pomoże szpitalowi Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago („Szpital”) ustalić, czy możesz otrzymać bezpłatne usługi lub usługi w obniżonej cenie lub czy kwalifikujesz się do innych programów publicznych, które mogą pomóc w opłaceniu opieki zdrowotnej. Prosimy o przesłanie tego wniosku do Szpitala.

JEŚLI NIE JESTEŚ UBEZPIECZONY(-A), NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST WYMAGANY, ABY KWALIFIKOWAĆ SIĘ DO BEZPŁATNEJ OPIEKI LUB OPIEKI PO OBNIŻONEJ CENIE. Numer ubezpieczenia społecznego jest jednak wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikujesz się do jakichkolwiek programów publicznych.

Prosimy o wypełnienie tego formularza i dostarczenie go do szpitala osobiście, pocztą, pocztą elektroniczną lub faksem w celu złożenia wniosku o bezpłatną opiekę lub opiekę po obniżonej cenie na poniższy adres w ciągu 240 dni od daty wypisu lub otrzymania opieki ambulatoryjnej.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago  
 225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611  
 Tel.: 877.924.8200 | Faks: 312.227.9501  
 hospitalbilling@luriechildrens.org

Konto pacjenta Numer(y):			Numer poręczyciela:			
<b>INFORMACJE DLA PACJENTÓW</b>						
Nazwisko		Imię	Inicjał drugiego imienia	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego	Wielkość rodziny
Ulica		Miasto		Stan	Kod pocztowy	Telefon domowy
Pracodawca		Adres pracodawcy				Nr telefonu komórkowego
Miasto		Stan	Kod pocztowy	Miesięczny dochód		Telefon służbowy
Odpowiedzi lub brak odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, płci i preferowanego języka nie będą miały wpływu na wynik złożonego wniosku.						
Rasa (opcjonalnie)	Pochodzenie etniczne (opcjonalnie)		Płeć (opcjonalnie)	Preferowany język (opcjonalnie)		
<b>INFORMACJE O PORĘCZYCIELU (RODZIC/OPIEKUN)</b>				Relacja z pacjentem <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Inny		
Nazwisko		Imię	Inicjał drugiego imienia	Wiek	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalne)	
Ulica		Miasto		Stan	Kod pocztowy	Telefon domowy
Pracodawca		Adres				Nr telefonu komórkowego
Miasto		Stan	Kod pocztowy	Miesięczny dochód		Telefon służbowy
<b>INFORMACJE O PORĘCZYCIELU (RODZIC/OPIEKUN)</b>				Relacja z pacjentem <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Inny		
Nazwisko		Imię	Inicjał drugiego imienia	Wiek	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalne)	
Ulica		Miasto		Stan	Kod pocztowy	Telefon domowy
Pracodawca		Adres				Nr telefonu komórkowego
Miasto		Stan	Kod pocztowy	Miesięczny dochód		Telefon służbowy

INFORMACJE KONTAKTOWE E-MAIL PACJENTA/RODZINY		
PROGRAM DOMNIEMANEJ KWALIFIKOWALNOŚCI		
Możesz kwalifikować się do pomocy finansowej, jeśli jesteś obecnie zapisany(-a) do jednego z konkretnych programów pomocy wymienionych poniżej. Należy dostarczyć dowód aktualnej rejestracji w programie, ale żadna inna dokumentacja nie będzie konieczna, a informacje o miesięcznych dochodach wymagane powyżej nie są wymagane.		
 <b>W poniższych polach wyboru zaznacz, czy jesteś obecnie zarejestrowany(-a) w którymkolwiek z poniższych programów.</b>		
	Program żywienia kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)	
	Uzupełniający Program Pomocy Żywieniowej (SNAP)	
	Darmowe lunche i programy śniadaniowe stanu Illinois	
	Program pomocy energetycznej w domu o niskich dochodach (ILHEAP)	
	Program społecznościowy zapewniający dostęp do opieki medycznej	Określ nazwę:
	Pomoc w postaci dotacji na usługi medyczne	Określ nazwę:
	Tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin (TANF)	
	Program wsparcia wynajmu mieszkań IHDA	
<b>Jeśli nie jesteś obecnie zarejestrowany(-a) w żadnym z programów wymienionych powyżej, podaj co najmniej jeden dokument dla każdego z dwóch poniższych wymagań:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Dokumentacja dochodów rodziny</b> (przykłady dopuszczalnych dokumentów: najnowsze zeznanie podatkowe; najnowsze formularze W-2 i 1099; 2 najnowsze odcinki wypłat; pisemna weryfikacja od pracodawcy, jeśli jest wypłacana gotówką; inne formy dokumentacji uznane za dopuszczalne przez Szpital)</li> <li><b>Dokumentacja zamieszkania w stanie Illinois</b> (przykłady dopuszczalnych dokumentów: dokumenty przesłane do #1 powyżej, które obejmują weryfikację miejsca zamieszkania; karta identyfikacyjna wydana przez państwo; niedawny rachunek za media mieszkaniowe; umowa najmu; dowód rejestracyjny pojazdu; karta rejestracyjna wyborcy; poczta skierowana do pacjenta lub poręczyciela od rządu lub wiarygodnego źródła; oświadczenie członka rodziny, który zamieszkuje pod tym samym adresem, i przedstawia weryfikację miejsca zamieszkania; list ze schroniska dla bezdomnych, domu przejściowego lub innej podobnej placówki potwierdzający, że pacjent lub poręczyciel tam zamieszkuje; tymczasowe prawo jazdy odwiedzającego).</li> </ol>		
Uwaga: chociaż zazwyczaj Szpital jest w stanie określić kwalifikowalności za pomocą dokumentów wymaganych powyżej, Szpital może zażądać dalszych wyjaśnień podczas procesu kwalifikacji, w tym następujących elementów: sprawdzanie i informacje o rachunku oszczędnościowym; oszczędności; certyfikaty depozytowe; fundusze wzajemne; nieruchomości; oraz informacje o koncie oszczędnościowym na wydatki medyczne/elastyczne.		

Certyfikacja wnioskodawcy: oświadczam, że informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę ubiegać się o wszelką pomoc stanową, federalną lub lokalną, do której mogę się kwalifikować, w celu otrzymania pomocy w opłaceniu tego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą być weryfikowane przez szpital i upoważnię(-am) szpital do skontaktowania się z osobami trzecimi, jeśli to konieczne, w celu zweryfikowania dokładności informacji podanych w tym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje w tym wniosku, nie będę kwalifikowa(-a) się do pomocy finansowej, a każda przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę odpowiedzialny(-a) za zapłatę rachunku szpitalnego.

Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Związek z pacjentem: \_\_\_\_\_

Pytania lub wątpliwości związane z tym wnioskiem można kierować do obsługi klienta – [hospitalbilling@luriechildrens.org](mailto:hospitalbilling@luriechildrens.org)

Jeśli potrzebujesz doradztwa finansowego, skontaktuj się z doradcami finansowymi Lurie Children – (312)- 227-1230 (Wybierz opcję 2, a następnie opcję 2)

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu ubiegania się o zniżkę dla nieubezpieczonych pacjentów lub procesu pomocy finansowej szpitala można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois pod adresem <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> lub numerem 1-877-305-5145.