

Ważne: NIEKTÓRE OSOBY MAJĄ PRAWO DO BEZPŁATNEJ LUB TAŃSZEJ OPIEKI MEDYCZNEJ. Wypełnienie tego wniosku pomoże szpitalowi Lurie Children's Hospital ustalić prawo do bezpłatnych lub tańszych usług lub prawo do udziału w innych programach publicznych pomagających sfinansować opiekę medyczną. Wniosek ten należy złożyć w szpitalu.

W PRZYPADKU OSÓB NIEPOSIADAJĄCYCH UBEZPIECZENIA NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NIE JEST KONIECZNY, ABY SKORZYSTAĆ Z BEZPŁATNEJ LUB TAŃSZEJ OPIEKI. Jednak numer ubezpieczenia społecznego jest niezbędny w przypadku niektórych programów publicznych, w tym w przypadku programu Medicaid. Podawanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest konieczne, ale pomoże szpitalowi w ustaleniu prawa do udziału w programach publicznych.

Aby uzyskać bezpłatną lub tańszą opiekę, należy wypełnić ten formularz i złożyć go w szpitalu osobiście lub przesłać pocztą, pocztą elektroniczną lub faksem, korzystając z następujących danych.

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

Pacjent lub opiekunowie potwierdzają, że w dobrej wierze podjęli starania, aby przekazać wszystkie informacje wymagane w tym wniosku służące szpitalowi do ustalenia, czy pacjentowi przysługuje pomoc finansowa.

Numery kont pacjenta:			Numer gwaranta:		
DANE PACJENTA					
Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego	Liczba osób w rodzinie
Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy		Telefon domowy
Pracodawca	Adres				Telefon komórkowy
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Miesięczny dochód	Telefon w pracy	
DANE GWARANTA (RODZICA LUB OPIEKUNA)			Stopień pokrewieństwa z pacjentem <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Inne		
Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię	Wiek	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie)	
Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy		Telefon domowy
Pracodawca	Adres				Telefon komórkowy
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Miesięczny dochód	Telefon w pracy	
DANE GWARANTA (RODZICA LUB OPIEKUNA)			Stopień pokrewieństwa z pacjentem <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Inne		
Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię	Wiek	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie)	
Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy		Telefon domowy
Pracodawca	Adres				Telefon komórkowy
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Miesięczny dochód	Telefon w pracy	

ADRES E-MAIL DO KONTAKTU Z PACJENTEM LUB RODZINĄ

WSTĘPNA KWALIFIKACJA DO PROGRAMU

Osoby, które obecnie uczestniczą w jednym z programów pomocy wymienionych poniżej, mogą także kwalifikować się do pomocy finansowej. Proszę się zapoznać z programami i zaznaczyć te, w których Państwo uczestniczą (należy przedstawić potwierdzenie obecnego udziału w programie, ale nie będzie konieczności podawania innych informacji, a także powyższa informacja dotycząca miesięcznego dochodu nie jest konieczna).

0251660288251661312



W kolumnie po lewej stronie proszę zaznaczyć, czy uczestniczą Państwo obecnie w którymś z następujących programów.

Program żywienia kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)

Program pomocy w zakresie żywienia uzupełniającego (SNAP)

Programy bezpłatnych śniadań i obiadów stanu Illinois

Program pomocy w finansowaniu energii dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (ILHEAP)

Spółeczny program zapewnienia opieki medycznej

Podać nazwę:

Subwencje na opiekę medyczną

Podać nazwę:

Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie (TANF)

Program pomocy w wynajmie mieszkań IHDA

Osoby, które nie kwalifikują się do udziału w wymienionych powyżej programach proszone są o podanie poniższych informacji w odniesieniu do każdego właściwego członka rodziny

- 1) najbardziej aktualne zeznanie podatkowe (1040)
- 2) trzy ostatnie odcinki wypłaty wynagrodzenia w przypadku wszystkich zatrudnionych członków rodziny
- 3) dokument potwierdzający nadanie numeru ubezpieczenia społecznego (jeśli dotyczy)
- 4) dokument potwierdzający status bezrobotnego (jeśli dotyczy)
- 5) inne przychody (zasilek na dziecko, alimenty, potwierdzenie od pracodawcy w przypadku wypłat w gotówce)

Uwaga: chociaż zwykle szpital może ustalić prawo do kwalifikacji przy zastosowaniu wymienionych powyżej dokumentów, konieczne mogą być dalsze wyjaśnienia związane z procesem kwalifikacji, w tym informacje dotyczące rachunku bieżącego i oszczędnościowego, rachunku akcji, rachunku świadectw depozytowych, funduszy wzajemnych, nieruchomości oraz zdrowotnego rachunku oszczędnościowego i/lub rachunku zmiennych wpłat i wydatków.

Oświadczenie wnioskodawcy: potwierdzam, że wedle mojej wiedzy informacje w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne. Będę się ubiegać o wszelką stanową, federalną lub lokalną pomoc, do której mogę mieć prawo, w celu uzyskania wsparcia w pokryciu niniejszego rachunku szpitalnego. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do kontaktu w razie konieczności z osobami trzecimi w celu weryfikacji dokładności informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że w przypadku świadomego podania nieprawdziwych informacji nie uzyskam prawa do pomocy finansowej, a wszelka udzielona mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i obowiązek opłacenia rachunku szpitalnego będzie spoczywać na mnie.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data: _____