

POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici MercyOne Genesis

Molimo ispunite i potpišite obrazac za prijavu pa vratite ga u roku od 10 dana uključujući kopije sljedećeg:

Obvezane provjere

- Dokaz o bruto prihodu u proteklih mjesec dana
- Prošla dva mjeseca Potpuni bankovni izvodi za sve bankovne račune, sa svim uključenim stranicama (objašnjenje za ponavljajuće depozite)
- Nedavne porezne prijave (obrazac 1040 s Prilogom C, E ili F) ili tromjesečni izvještaji o dobiti i gubitku (za samozaposlene / uzdržavane osobe)

Navedite sljedeće, ako je primjenjivo

- Nedavni W2 za sezonski prihod
- Naknada za nezaposlene / Pismo odbijanja
- Prihod od uzdržavanja djeteta / alimentacija
- Bez prihoda – ispunite dio aplikacije s pismom financijske potpore

Podatci o pacijentu

Ime pacijenta		Nadnevak rođenja	
Broj socijalnog osiguranja / Broj EIN-a (nije izborna)	Mobitel	Drugi mobitel	
E-adresa	Grad	Država	Pošanski broj
Adresa e-pošte	U kojoj ste državi stanovnik?		
Bračni status <input type="checkbox"/> Nevjenčan(a) <input type="checkbox"/> Vjenčan(a) <input type="checkbox"/> Razveden(a) <input type="checkbox"/> Ostalo _____			
Podnosite li federalnu poreznu prijavu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ne, zašto?		Može li Vas se smatrati ovisnim na temelju tuđe porezne prijave? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
Jeste li Vi ili Vaši uzdržavane osobe imali zdravstveno osiguranje u vrijeme službe? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Dostavite kopiju kartice osiguranja)			
Jeste li dokumentirani stanovnik SAD-a? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Radije ne bih odgovorio			
Članovi kućanstva, uključujući i Vas na temelju Vaših nedavnih poreznih prijava	Nadnevak rođenja	Odnos prema pacijentu	Zahtjev za povrat poreza (Da / Ne)

POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici MercyOne Genesis

Provjera prihoda za sve članove kućanstva					
Mjesečni izvor prihoda	Tko ovo prima?	Bruto mjesečni prihod (prije oporezivanja)	Mjesečni izvor prihoda	Tko ovo prima?	Bruto mjesečni prihod (prije oporezivanja)
Plaće			Naknada radnicima		
Socijalna sigurnost / Invaliditet			Nezaposlenost		
Mirovina			Udržavanje djeteta / alimentacija		
Samozapošljavanje			Prihod od zakupa zemljišta		
Javna pomoć			Ostalo		
Pismo financijske potpore - treba ga ispuniti samo osoba koja pruža potporu					
<input type="radio"/> Pružam više od 50% potpore za pacijentove životne troškove, ali ne mogu pomoći s medicinskim računima.					
<input type="radio"/> Potpisivanjem ovog pisma potvrđujem da je gornja izjava točna i da ni na koji način neću biti odgovoran za račune pacijenata. Ako imate pitanja, obratite me se na _____ (telefonski broj)					
Ime osobe koja pruža podršku				Odnos prema pacijentu	
Potpis osobe koja pruža podršku				Nadnevak	

PROVJERA PRIHODA I IDENTIFIKACIJA

Potvrđujem da su podaci navedeni u ovoj prijavi istiniti i potpuni koliko sam je svestan. Razumijem da su navedeni podaci podložni provjeri. Bit ću odgovoran za otplatu svih usluga pruženih u podružnicama MercyOne Genesis ako su gore navedene informacije dane pod lažnim izgovorom.

Potpis pacijenta : _____ Nadnevak : _____

Ili potpis zakonskog skrbnika (ako je primjenjivo): _____ Nadnevak : _____

Odnos prema pacijentu : _____ Nadnevak : _____

POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici MercyOne Genesis

Pošaljite svoju prijavu poštom na donju adresu ili je faksirajte na 563-421-3608. Ako imate bilo kakvih pitanja, kontaktirajte nas na 563-421-2233.

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center
Patient Financial Services, Suite 2600
1401 West Central Park Avenue
Davenport, IA 52803

Ako su vaše zdravstvene usluge primljene u državi Illinois, nedoumice ili pritužbe u vezi s postupkom podnošenja zahtjeva za financijsku pomoć ili neosiguranim popustom mogu se prijaviti Uredu za zdravstvo državnog odvjetnika Illinoisia 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>