

## POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice MercyOne Genesis

**Popunite i potpišite obrazac zahteva i pošaljite ga u roku od 10 dana, uključujući kopije sledećih dokumenata:**

Obavezne potvrde

- Dokaz o bruto prihodu za protekli mesec
- Kompletni izvodi iz banke za sve bankovne račune za prethodna dva meseca, sa uključenim svim stranicama (objašnjenje za uplate koje se ponavljaju)
- Nedavne poreske prijave (obrazac 1040 sa prilogima C, E ili F) ili tromesečni bilans uspeha (zasamozaposlene/njihova izdržavana lica)

Priložite sledeće, ako je primenljivo

- Obrazac W2 novijeg datuma za sezonski prihod
- Pismo o dodeli/uskraćivanju pomoći za nezaposlene
- Prihod od dečijeg dodatka/alimentacije
- Osobe bez prihoda – Popunite deo „Pismo o finansijskoj pomoći“ u zahtevu

### Informacije o pacijentu

Ime pacijenta		Datum rođenja	
Broj socijalnog osiguranja/EIN (opciono)	Broj mobilnog telefona	Drugi broj telefona	
Poštanska adresa	Grad	Država	Poštanski broj
Adresa e-pošte	U kojoj državi imate prebivalište?		
Bračni status <input type="checkbox"/> Samac/a <input type="checkbox"/> U braku <input type="checkbox"/> Razveden/a <input type="checkbox"/> Drugo _____			
Da li podnosite saveznu poresku prijavu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ne, zašto?	Da li možete da budete navedeni kao izdržavano lice u nečijoj poreskoj prijavi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Da li ste vi ili lica koja izdržavate imali zdravstveno osiguranje u trenutku pružanja usluge? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Priložite kopiju kartice osiguranja)			
Da li imate dokumentovano prebivalište u Sjedinjenim Američkim Državama? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne želim da odgovorim			
Članovi domaćinstva, uključujući vas, na osnovu vaše poreske prijave novijeg datuma	Datum rođenja	Odnos sa pacijentom	Naveden u poreskoj prijavi (Da/Ne)

### POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice MercyOne Genesis


#### Potvrda prihoda za sve članove domaćinstva

Izvor mesečnog prihoda	Ko ga dobija?	Bruto mesečni prihod (pre oporezivanja)	Izvor mesečnog prihoda	Ko ga dobija?	Bruto mesečni prihod (pre oporezivanja)
Плата			Naknada za radnike		
Socijalno osiguranje/invalidnina			Pomoć za nezaposlene		
Penzija			Dečijidodatak/alimentacija		
Samostalna delatnost			Prihod od izdavanja nekretnine		
Javna pomoć			Drugo		

#### Pismo o finansijskoj pomoći – Popunjava samo osoba koja obezbeđuje izdržavanje

- Obezbeđujem više od 50% izdržavanja u pogledu troškova života pacijenta, ali ne mogu da pomognem u vezi sa računima za zdravstvenu negu
- Potpisivanjem ovog pisma potvrđujem da je gornja izjava tačna i da ni na koji način neću biti odgovoran/a za pacijentove račune. Ako imate pitanja, obratite mi se na \_\_\_\_\_ (broj telefona)

<b>Ime osobe koja obezbeđuje izdržavanje</b>	<b>Odnos sa pacijentom</b>
<b>Potpis osobe koja obezbeđuje izdržavanje</b>	<b>Datum</b>

#### POTVRDA PRIHODA I IDENTIFIKACIJA

Potvrđujem da su informacije navedene u ovom zahtevu istinite i potpune prema mom najboljem znanju. Razumem da navedene informacije podležu proveru. Ako se pokaže da su gore navedene informacije netačne, biću u obavezi da vratim uplate za sve usluge pružene od pružalaca usluga u sklopu organizacije MercyOne Genesis.

Potpis pacijenta : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ili potpis zakonskog staratelja (ako je primenljivo) \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Odnos sa pacijentom : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ**

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice MercyOne Genesis

**Pošaljite prijavu poštom na niže navedenu adresu ili faksom na 563-421-3608. Ako imate pitanja, obratite se 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 žalbe na proces podnošenja zahteva za finansijsku pomoć ili neosiguran popust mogu biti prijavljene Zdravstvenom birou državnog tužioca Illinois 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>