

## ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ

Hvala vam što ste odabrali MercyOne za svoje zdravstvene usluge. U znak priznanja MercyOne politike pružanja kvalitetne zdravstvene njege svim osobama bez obzira na njihov financijski status, MercyOne program financijske pomoći pruža financijsku pomoć onima kojima je potrebna na pravedan i nediskriminirajući način. Kako biste nam pomogli da utvrdimo jeste li kvalificirani za primanje financijske pomoći, ispunite i vratite ovu prijavu zajedno s kopijama dokumenata traženih u prijavi.

Akušerski pacijentice mogu se kvalificirati za beneficije preko države Iowa. Kontaktirajte Financijsko Savjetovalište ako ste zainteresirani za dobivanje informacija o ovim programima. Kontakt informacije nalaze se u Dodatku A.

### Upute za podnošenje zahtjeva za financijsku pomoć

Pošaljite kopije, izvorne dokumente neće se vraćati. Potrebne su sve informacije, i od podnositelja zahtjeva i od pružnika, u roku od 30 dana.

- Kopije najnovija platna lista/vaučera.
- Kopija kompletnih izvoda iz banke za posljednja dva mjeseca za sve bankovne račune, s uključenim svim stranicama (objašnjenje za uplate koje se ponavljaju).
- Ostali izvori prihoda; Socijalno osiguranje, mirovina, invaliditet, najam, naknada za nezaposlene/pismo o odbijanju, radnička naknada, uzdržavanje djeteta, alimentacija, školarine, nedavni W2 za sezonski приход
  1. Ako jedna ili više ovih stavki vrijedi za vas, priložite kopiju najnovijeg pisma o dodjeljivanju.
  2. Ako je pacijent maloljetna osoba a vi ne dobijate dječiji doplatnik, priložite najnoviji isječak platnog ista/vaučer drugog roditelja i trenutne poreze uključujući sve rokove.
  3. Ako nemate prihoda, ispunite dio zahtjeva s pismom za financijsku potporu.
- Popunite kopiju vaše potpisane savezne poreske prijave za prethodnu godinu uključujući sve rokove. Ako imate prihod od samostalne djelatnosti, iznajmljivanja ili od poljoprivrede, priložite priloge C, E i F. Za samozaposlene/uzdržavane osobe, dostavite kopiju svojih posljednja tri mjeseca izvješća o dobiti i gubitku.
- Kopija treće i četvrte strane ovog dokumenta (prijave za novčanu potpuru) s odgovarajućim potpisima.

MercyOne će dati pisani odgovor podnosiocu zahtjeva u roku od 30 radnih dana od prijema popunjene prijave i pratećih informacija.

**Ako imate pitanja o prijavi ili u vezi sa statusom vaše prijave, obratite se Financijskom Savjetniku. Kontaktne podatke sa Financijskom Savjetniku nalaze se u Dodatku A uz poštanske adrese.**

**POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Kontaktни podatci**

<b>Ministarstvo zdravlja</b>	<b>Popunjenu prijavu i ostale papire poslati na adresu:</b>	<b>Telefonski broj</b>	<b>Broj faks</b>
Cedar Falls	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ili 1-800-728-0159	319-272-5757
Clinton	MercyOne Clinton Medical Center Attention: Financial Counselor 1410 N. 4th St., Clinton, IA 52732	563-244-5678	563-244-3523
Des Moines / West Des Moines	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
Des Moines Clinic	MercyOne Medical Group 405 SW 5 <sup>th</sup> Street Ste E, Des Moines, IA, 50309	515-643-2519	515-358-7294
Dubuque	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 ili 563-589-9066	563-589-9029
Dyersville	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 ili 563-589-9066	563-589-9029
Newton	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
New Hampton	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 ili 641-428-7824	641-428-7886
North Iowa (Mason City)	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 ili 641-428-7824	641-428-7886
Oelwein	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ili 1-800-728-0159	319-272-5757
Primghar	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouxland	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-279-2323	712-279-2769
Waterloo	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ili 1-800-728-0159	319-272-5757

**POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Molimo ispunite i potpišite obrazac za prijavu pa vratite ga u roku od 10 dana uključujući kopije sljedećeg:**  
**[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]**

**Obvezane provjere [Required Verifications]**

- Dokaz o bruto prihodu u proteklih mjesec dana [Past One month Proof of Gross Income]
- Prošla dva mjeseca Potpuni bankovni izvodi za sve bankovne račune, sa svim uključenim stranicama (objašnjenje za ponavljajuće depozite) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- Nedavne porezne prijave (obrazac 1040 s Prilogom C, E ili F) ili tromjesečni izvještaji o dobiti i gubitku (za samozaposlene / uzdržavane osobe) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

**Navedite sljedeće, ako je primjenjivo [Provide the following, If applicable]**

- Nedavni W2 za sezonski prihod [Recent W2 for Seasonal Income]
- Naknada za nezaposlene / Pismo odbijanja [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Prihod od uzdržavanja djeteta / alimentacija [Child Support Income/Alimony]
- Bez prihoda – ispunite dio aplikacije s pismom financijske potpore [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

**Podatci o pacijentu [Patient Information]**

Ime pacijenta [Patient Name]		Nadnevak rođenja [Date of Birth]	
Broj socijalnog osiguranja / Broj EIN-a (nije izborna) [Social Security/EIN Number (optional)]	Mobitel [Mobile Phone]	Drugi mobitel [Other Phone]	
E-adresa [Mailing Address]	Grad [City]	Država [State]	Pošanski broj [ZIP code]
Adresa e-pošte [Email Address]	U kojoj ste državi stanovnik? [Of which state are you a resident?]		
Bračni status [Marital status] <input type="checkbox"/> Nevjenčan(a) [Single] <input type="checkbox"/> Vjenčan(a) [Married] <input type="checkbox"/> Razveden(a) [Divorced] <input type="checkbox"/> Ostalo [Other] _____			
Podnosite li federalnu poreznu prijavu? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No] Ako ne, zašto? [If no, why?]	Može li Vas se smatrati ovisnim na temelju tuđe porezne prijave? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No]		
Jeste li Vi ili Vaši uzdržavane osobe imali zdravstveno osiguranje u vrijeme službe? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No] (Dostavite kopiju kartice osiguranja) [(Provide Insurance card copy)]			

**POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINACIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Jeste li dokumentirani stanovnik SAD-a? [Are you a documented resident of the United States?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No] <input type="checkbox"/> Radije ne bih odgovorio [Prefer Not to Answer]					
Članovi kućanstva, uključujući i Vas na temelju Vaših nedavnih poreznih prijava [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]		Nadnevak rođenja [Date of Birth]	Odnos prema pacijentu [Relationship to Patient]		Zahtjev za povrat poreza (Da / Ne) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]
<b>Provjera prihoda za sve članove kućanstva [Income Verification for all household members]</b>					
Mjesečni izvor prihoda [Monthly Income Source]	Tko ovo prima? [Who receives this?]	Bruto mjesečni prihod (prije oporezivanja) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Mjesečni izvor prihoda [Monthly Income Source]	Tko ovo prima? [Who receives this?]	Bruto mjesečni prihod (prije oporezivanja) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Plaće [Wages]			Naknada radnicima [Worker's Compensation]		
Socijalna sigurnost / Invaliditet [Social Security/Disability]			Nezaposlenost [Unemployment]		
Mirovina [Pension]			Udržavanje djeteta / alimentacija [Child Support/Alimony]		
Samozapošljavanje [Self-Employment]			Prihod od zakupa zemljišta [Rental Land Income]		
Javna pomoć [Public			Ostalo [Other]		

**POVJERLJIV ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Pismo financijske potpore - treba ga ispuniti samo osoba koja pruža potporu [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]**

- Pružam više od 50% potpore za pacijentove životne troškove, ali ne mogu pomoći s medicinskim računima. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- 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) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at \_\_\_\_\_ (Phone Number)]

**Ime osobe koja pruža podršku [Name of person providing support]**

**Odnos prema pacijentu [Relationship to Patient]**

**Potpis osobe koja pruža podršku [Signature of person providing support]**

**Nadnevak [Date]**

**PROVJERA PRIHODA I IDENTIFIKACIJA [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]**

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 Trinity Health ako su gore navedene informacije dane pod lažnim izgovorom. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Potpis pacijenta [Signature of Patient]: \_\_\_\_\_

Nadnevak [Date]: \_\_\_\_\_

Ili potpis zakonskog skrbnika (ako je primjenjivo) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]: \_\_\_\_\_

Nadnevak [Date]: \_\_\_\_\_

Odnos prema pacijentu [Relationship to Patient]: \_\_\_\_\_

Nadnevak [Date]: \_\_\_\_\_