

# PRIJAVA ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Hvala vam što ste odabrali MercyOne za pružaoca zdravstvenih usluga. Kao potvrda politike organizacije MercyOne da pruža kvalitetnu zdravstvenu negu svim osobama bez obzira na njihov finansijski status, program finansijske pomoći organizacije MercyOne obezbeđuje finansijsku pomoć onima kojima je potrebna na pošten i nediskriminatoran način. Da biste nam pomogli da utvrdimo da li ispunjavate uslove za finansijsku pomoć, popunite i pošaljite nam ovu prijavu uz kopije dokumenata koji se traže u prijavi.

Akušerske pacijentkinje mogu da se kvalifikuju za beneficije preko države Ajova. Ako želite informacije o ovim programima, obratite se finansijskom savetniku. Podatke za kontakt možete naći u Dodatku A.

## Uputstva za popunjavanje prijave za finansijsku pomoć

Pošaljite kopije jer se originali ne vraćaju. Potrebne su informacije i o podnosiocu zahteva i o supružniku u roku od 30 dana.

- Kopija najnovijih platnih čekova.
- Kopija kompletnih izvoda iz banke za poslednja dva meseca za sve bankovne račune, sa uključenim svim stranama (objašnjenje za uplate koje se ponavljaju).
- Drugi izvori prihoda: socijalno osiguranje, penzija, invalidnina, najam, pismo o dodeli/uskraćivanju beneficija za nezaposlene, dečiji dodatak, alimentacija, školski grantovi, najnoviji W2 za sezonski prihod
  1. Ako za vas važi jedna ili više ovih stavki, priložite najnoviju kopiju pisma o dodeljivanju.
  2. Ako je pacijent maloletan a ne dobijate dečiji dodatak, priložite najnoviji platni ček/vaučer i važeće poreze drugog roditelja uključujući sve priloge.
  3. Ako nemate prihod, popunite deo prijave "Pismo o finansijskoj pomoći".
- Kompletna kopija potpisane Savezne poreske prijave za prethodnu godinu sa svim priložima. Ako imate prihod od samostalne delatnosti, najma ili poljoprivrede, priložite Priloge C, E i F. Za samozaposlene/njihova izdržavana lica, priložite kopiju bilansa uspeha za prethodna tri meseca.
- Kopija strane 3 i 4 ovog dokumenta (prijava za finansijsku pomoć) sa odgovarajućim potpisima.

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

**Ako imate pitanja o prijavi ili u vezi sa statusom vaše prijave, obratite se finansijskom savetniku. Podaci za kontakt sa finansijskom savetniku navedeni su u Dodatku A, uključujući poštanske adrese.**

**POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health

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

**Podaci za kontakt**

<b>Zdravstvena služba</b>	<b>Pošaljite popunjenu prijavu i druge papire poštom na:</b>	<b>Broj telefona</b>	<b>Broj faksa</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

**POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health  
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Popunite i potpišite obrazac zahteva i pošaljite ga u roku od 10 dana, uključujući kopije sledećih dokumenata:**  
**[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]**

**Obavezne potvrde [Required Verifications]**

- Dokaz o bruto prihodu za protekli mesec [Past One month Proof of Gross Income]
- Kompletni izvodi iz banke za sve bankovne račune za prethodna dva meseca, sa uključenim svim stranicama (objašnjenje za uplate koje se ponavljaju) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- Nedavne poreske prijave (obrazac 1040 sa priložima C, E ili F) ili tromesečni bilans uspeha (za samozaposlene/njihova izdržavana lica) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

**Priložite sledeće, ako je primenljivo [Provide the following, If applicable]**

- Obrazac W2 novijeg datuma za sezonski prihod [Recent W2 for Seasonal Income]
- Pismo o dodeli/uskraćivanju pomoći za nezaposlene [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Prihod od dečijeg dodatka/alimentacije [Child Support Income/Alimony]
- Osobe bez prihoda – Popunite deo „Pismo o finansijskoj pomoći“ u zahtevu [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

**Informacije o pacijentu [Patient Information]**

Ime pacijenta [Patient Name]		Datum rođenja [Date of Birth]	
Broj socijalnog osiguranja/EIN (opciono) [Social Security/EIN Number (optional)]	Broj mobilnog telefona [Mobile Phone]	Drugi broj telefona [Other Phone]	
Poštanska adresa [Mailing Address]	Grad [City]	Država [State]	Poštanski broj [ZIP code]
Adresa e-pošte [Email Address]	U kojoj državi imate prebivalište? [Of what state are you a resident?]		
Bračni status [Marital status] <input type="checkbox"/> Samac/a [Single] <input type="checkbox"/> U braku [Married] <input type="checkbox"/> Razveden/a [Divorced] <input type="checkbox"/> Drugo [Other] _____			
Da li podnosite saveznu poresku prijavu? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No] Ako ne, zašto? [If no, why?]	Da li možete da budete navedeni kao izdržavano lice u nečijoj poreskoj prijavi? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No]		

**POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health

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

Da li ste vi ili lica koja izdržavate imali zdravstveno osiguranje u trenutku pružanja usluge? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No] (Priložite kopiju kartice osiguranja) [(Provide Insurance card copy)]					
Da li imate dokumentovano prebivalište u Sjedinjenim Američkim Državama? [Are you a documented resident of the United States?] <input type="checkbox"/> Da [Yes] <input type="checkbox"/> Ne [No] <input type="checkbox"/> Ne želim da odgovorim [Prefer Not to Answer]					
Članovi domaćinstva, uključujući vas, na osnovu vaše poreske prijave novijeg datuma [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]	Datum rođenja [Date of Birth]	Odnos sa pacijentom [Relationship to Patient]	Naveden u poreskoj prijavi (Da/Ne) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]		
<b>Potvrda prihoda za sve članove domaćinstva [Income Verification for all household members]</b>					
Izvor mesečnog prihoda [Monthly Income Source]	Ko ga dobija? [Who receives this?]	Bruto mesečni prihod (pre oporezivanja) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Izvor mesečnog prihoda [Monthly Income Source]	Ko ga dobija? [Who receives this?]	Bruto mesečni prihod (pre oporezivanja) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Plata [Wages]			Naknada za radnike [Worker's Compensation]		
Socijalno osiguranje/invalidnina [Social Security/Disability]			Pomoć za nezaposlene [Unemployment]		
Penzija [Pension]			Dečiji dodatak/alimentacija [Child Support/Alimony]		
Samostalna delatnost [Self-Employment]			Prihod od izdavanja nekretnine [Rental Land Income]		
Javna pomoć [Public			Drugo [Other]		

**POVERLJIV ZAHTEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Za bolnicu i stručne usluge koje pružaju objekti i lekari bolnice Trinity Health

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

**Pismo o finansijskoj pomoći – Popunjava samo osoba koja obezbeđuje izdržavanje [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]**

- Obezbeđujem više od 50% izdržavanja u pogledu troškova života pacijenta, ali ne mogu da pomognem u vezi sa računima za zdravstvenu negu. [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 tačna i da ni na koji način neću biti odgovoran/a za pacijentove račune. Ako imate pitanja, obratite mi se na \_\_\_\_\_ (broj telefona) [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 obezbeđuje izdržavanje [Name of person providing support]**

**Odnos sa pacijentom [Relationship to Patient]**

**Potpis osobe koja obezbeđuje izdržavanje [Signature of person providing support]**

**Datum [Date]**

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

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 Trinity Health. [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]: \_\_\_\_\_

Datim [Date]: \_\_\_\_\_

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

Datum [Date]: \_\_\_\_\_

Odnos sa pacijentom [Relationship to Patient]: \_\_\_\_\_

Datum [Date]: \_\_\_\_\_