

PRIJAVA ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Hvala vam što ste odabrali MercyOne za usluge zdravstvene zaštite. Kao potvrda politike sistema MercyOne da pruža kvalitetnu zdravstvenu njegu svim osobama bez obzira na njihov finansijski status, program finansijske pomoći sistema MercyOne pruža finansijsku pomoć onima koji je trebaju na pošten i nediskriminirajući način. Da biste nam pomogli utvrditi da li ispunjavate uvjete za dobivanje finansijske pomoći, popunite i pošaljite ovu prijavu natrag uz primjerke dokumenata koji se traže u prijavi.

Akušerske pacijentkinje mogu se kvalificirati za beneficije preko države Iowa. Ako želite dobiti informacije o ovim programima, obratite se finansijskom savjetniku. Podatke za kontakt možete naći u Dodatku A.

Upute u vezi s prijavom za finansijsku pomoć

Pošaljite sljedeće označene (☑) stavke:

Pošaljite kopije, originali se neće vraćati. Sve informacije se moraju poslati i o podnosiocu zajtjeva i o supružniku u roku od 30 dana.

- Kopija najnovijeg platnog čeka.
- Kopija kompletnih izvoda iz banke za posljednja dva mjeseca za sve bankovne račune, s uključenim svim stranicama (objašnjenje za uplate koje se ponavljaju).
- Drugi izvori prihoda: socijalno osiguranje, penzija, naknada za invaliditet, najam, pismo o odobrenju/odbijanju beneficija za nezaposlene, naknada za radnike, dječiji dodatak, alimentacija, školske stipendije, najnoviji W2 za sezonski prihod
 1. Ako za vas vrijedi jedna ili više ovih stavki, priložite kopiju najnovijeg pisma o dodjeljivanju.
 2. Ako je pacijent maloljetno lice a vi ne dobivate dječiji dodatak, priložite najnoviji isječak platnog čeka drugog roditelja i trenutne poreze uključujući sve rokove.
 3. Ako nemate prihoda, popunite dio „Pismo o finansijskoj pomoći“ u prijavi.
- Popunite kopiju 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/njihova izdržavana lica, priložite kopiju bilansa uspjeha za prethodna tri mjeseca.
- Kopija treće i četvrte strane ovog dokumenta (prijave za finansijsku pomoć) 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 finansijskom savjetniku. Podaci za kontakt sa finansijskom savjetniku nalaze se u Dodatku A uz poštanske adrese.

Podaci za kontakt

Zdravstvena služba	Pošaljite popunjenu prijavu i druge papire poštom na:	Broj telefona	Broj faksa
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 th 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 Siouland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouland	MercyOne Siouland 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

Molimo popunite i potpišite obrazac prijave i vratite ga u roku od 10 dana, uključujući kopije sljedećeg:
Potrebne potvrde

- Dokaz o bruto prihodima za prethodni mjesec
 Cjeloviti bankovni izvodi za sve bankovne račune za prethodna dva mjeseca, sa svim stranicama uključenim (objašnjenje za ponavljajuće uplate)
 Nedavna poreska prijava (formular 1040 sa Prilogom C, E ili F) ili tromjesečni izvještaji o dobiti i gubitku (za samozaposlene/izdržavane osobe)

Pružite sljedeće, ako je primjenjivo

- Nedavni W2 za sezonske prihode Pismo o beneficijama/odbijanju naknade za nezaposlene
 Prihodi od izdržavanja djeteta/alimentacije Nema prihoda - Popunite dio aplikacije za podršku u finansijama

Informacije o pacijentu

Ime pacijenta		Datum rođenja	
Broj socijalnog osiguranja/EIN (opcionalno)	Mobilni telefon	Drugi telefon	
Poštanska adresa	Grad	Država	Poštanski broj
Email adresa	Stanovnik ste koje države?		
Bračni status <input type="checkbox"/> Samac <input type="checkbox"/> Oženjen/Udata <input type="checkbox"/> Razveden/a <input type="checkbox"/> Drugo _____			
Da li podnosite federalnu poresku prijavu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ne, zašto?	Možete li biti prijavljeni kao izdržavana osoba na poreskoj prijavi nekog drugog? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Da li ste vi ili vaši izdržavani članovi imali zdravstveno osiguranje u trenutku pružanja usluga?? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Pružite kopiju osiguravajuće kartice)			
Jeste li dokumentirani stanovnik Sjedinjenih Američkih Država? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Radije ne bih odgovorio/la			
Članovi domaćinstva, uključujući vas, prema vašim nedavnim poreskim prijavama	Datum rođenja	U kakvom ste odnosu sa pacijentom?	Prijavljen na poreskoj prijavi (Da/Ne)

Verifikacija prihoda za sve članove domaćinstva

Mjesečni izvor prihoda	Ko prima ovaj prihod?	Bruto mjesečni prihod (prije poreza)	Mjesečni izvor prihoda	Ko prima ovaj prihod?	Bruto mjesečni prihod (prije poreza)
Radne nadoknade			Radnička naknada		
Socijalno osiguranje/ Invalidnina			Naknada za nezaposlene		
Penzija			Alimentacija/Pomoć za djecu		
Samozaposlenje			Prihodi od iznajmljivanja zemljišta		
Javna pomoć			Drugo		

Pismo o finansijskoj podršci - Popunjava samo osoba koja pruža podršku

- Pružam više od 50% podrške za životne troškove pacijenta, ali ne mogu pomoći u medicinskim računima.
- Potpisivanjem ovog pisma potvrđujem da je gore navedena izjava tačna i da neću biti odgovoran/a za račune pacijenta. Ako imate pitanja, molimo kontaktirajte me na _____ (Broj telefona)

Ime osobe koja pruža podršku
U kakvom ste odnosu sa pacijentom?
Potpis osobe koja pruža podršku
Datum

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i ljekari MercyOne-a

VERIFIKACIJA PRIHODA I IDENTIFIKACIJE

Potvrđujem da su informacije navedene u ovoj prijavi istinite i potpune prema mojim saznanjima. Razumijem da su informacije koje sam pružio/la podložne provjeri. Bit ću odgovoran/na za povrat bilo koje usluge pružene u MercyOne filijalama ako su gore navedene informacije pružene pod lažnim izgovorima.

Potpis pacijenta: _____ Datum: _____

Ili potpis zakonskog staratelja (ako je primjenjivo): _____ Datum: _____

Odnos sa pacijentom: _____ Datum: _____