

Wniosek o pomoc finansową
(Wniosek należy wypełnić **CALKOWICIE**)

Data zgłoszenia wniosku ____ . ____ . ____

Dane pacjenta:

Nazwisko: _____ Imię _____ Inicjał drugiego imienia _____

Data urodzenia: ____ / ____ / ____ Numer ubezpieczenia społecznego: _____

Adres: _____ Nr mieszkania _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Telefon domowy (____) _____ Nr innego telefonu (____) _____

Osoby na utrzymaniu w gospodarstwie domowym:

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stosunek prawny do pacjenta
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Informacje o dochodach:

Dochód	Pacjent	Współmałżonek
Pracodawca		
Wynagrodzenie brutto		
Otrzymywane alimenty na dziecko/alimenty matrymonialne		
Emerytura		
Świadczenia dla bezrobotnych		
Świadczenia zabezpieczenia społecznego		
Dochód z wynajmu		
Inne dochody		
Kartki żywnościowe		
Łączne dochody		

Proszę przedstawić kopie dostępnych dokumentów z załączonej listy dokumentacji i formularzy weryfikacyjnych. Pacjenci muszą dostarczyć te informacje w ciągu 15 dni od otrzymania wniosku. Dokumentację można wysłać pocztą lub doręczyć. Adres podano poniżej. Wszelkie dostarczone, przedyskutowane bądź zaprotokołowane informacje związane z niniejszym podaniem zachowane zostaną w poufności. W przypadku pytań lub konieczności uzyskania dodatkowej pomocy proszę skontaktować się doradcą ds. pomocy finansowej (Financial Assistance Counselor) pod numerem (203) 276-7515 lub (203) 276-4831 w wydziale spraw pacjentów (Patient Business Department).

Adres do korespondencji:

Stamford Health
One Hospital Plaza
PO Box 9317
Stamford, CT 06904

Adres:

Stamford Health
One Hospital Plaza
Stamford, CT 06902

Dodatkowe informacje, które na życzenie wnioskodawcy powinny zostać wzięte pod uwagę:

Niniejszym zwracam się z prośbą do Szpitala Stamford o udzielenie pomocy finansowej włącznie z przydzieleniem funduszy na pokrycie pobytu w szpitalu, które to fundusze mogą być dostępne i do otrzymania których mogę się kwalifikować. Zdaję sobie sprawę, że informacje, które podałem/podałam muszą zostać zweryfikowane przez Szpital Stamford. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i prawidłowe. Zdaję sobie sprawę, że mogę zostać poproszony(a) o złożenie wniosku o uzyskanie pomocy społecznej, jeśli będzie mi ona przysługiwać.

Podpis wnioskodawcy: _____

Data: _____

Proszę mieć na uwadze, że niewłaściwe wypełnienie niniejszego wniosku lub podanie niepełnych informacji w określonym terminie, może opóźnić rozpatrzenie wniosku oraz spowodować wydanie odmownej decyzji w sprawie pomocy finansowej.

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SZPITALA

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Dokumentacja i formularze weryfikacyjne

Proszę przedstawić doradcy ds. pomocy finansowej (Financial Assistance Counselor) lub doręczyć do wydziału usług dla pacjentów (Patient Business Services Department) odpowiednie, wymienione poniżej dokumenty odnośnie wnioskodawcy/współmałżonka oraz dzieci, (jeśli wnioskodawca jest osobą niepełnoletnią, proszę podać informacje dotyczące rodziców).

PROSZE PRZEKAZAĆ NAM KOPIE NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW

Ubezpieczenie:

- | | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
| Zdrowotne | <input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE | Od odpowiedzialności cywilnej | <input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE |
| Pracownicze | <input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE | Od wypadku samochodowego | <input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy ubiegał(a) się Pan(i) o ubezpieczenie w Access Health CT | | | <input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE |

***WSZYSTKIE WYMAGANE INFORMACJE DOTYCZA PACJENTA, WSPÓŁMAŁŻONKA ORAZ DZIECI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM.**

Świadczenia federalne i stanowe:

- Pismo odmowne z wydziału usług społecznych
- List dotyczący kartek żywnościowych/wsparcia finansowego
- Objęcie ubezpieczeniem wydziału usług społecznych (Medicaid)
- Pismo dotyczące świadczeń zabezpieczenia społecznego

Identyfikacja:

- Dowód tożsamości ze zdjęciem / Prawo jazdy/ Paszport / Karta zezwolenia na pobyt stały
- Potwierdzenie obecnego miejsca zamieszkania (rachunki za media, podłączenie kablowe, telefon)
- Akty urodzenia dzieci

Dochody: wynagrodzenie, pensje, napiwki i dywidendy

- Najnowsze odcinki z wypłaty (4, jeśli wypłata następuje co tydzień / 2, jeśli wypłata następuje co dwa tygodnie i 2, jeśli wypłata dokonywana jest raz na miesiąc).
- W przypadku płatności gotówką lub czekiem osobistym wymagany jest list od pracodawcy lub od siebie samego.
- Historia wypłat świadczeń dla bezrobotnych (w przypadku pobierania świadczeń dla bezrobotnych).
- W przypadku braku zatrudnienia proszę przedstawić pismo wskazujące, z czego się Pan(i) utrzymuje.
- Alimenty matrymonialne oraz/lub alimenty na dzieci (dokument z sądu lub pismo wskazujące otrzymywaną kwotę).
- Czy posiada Pan(i) nieruchomości oprócz głównego miejsca zamieszkania?
 TAK lub NIE jeśli tak, proszę podać dochód z wynajmu _____USD

Podatki:

- Ostatnio złożone rozliczenia podatkowe oraz formularze W-2 lub 1099

Bank:

- Najnowsze wyciągi z kont bankowych pacjenta i współmałżonka (czekowe, oszczędnościowe)
 TAK lub NIE Jeśli nie, proszę zaparafować _____

Informacje nt. miejsca zamieszkania:

- Kwit za czynsz / Wyciąg dot. wynajmu lub pożyczki hipotecznej
- Pismo od właściciela domu/mieszkania lub od siebie samego (suma, jaką płaci Pan(i) miesięcznie za wynajem)
- Pismo ze schroniska