

## Wniosek o Przyjęcie do Programu Pomocy Finansowej Shirley Ryan AbilityLab

Uwaga: MOŻE PAN/I OTRZYMAĆ BEZPŁATNĄ LUB ZNIŻKOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ. Wypełnienie tego wniosku pomoże Shirley Ryan AbilityLab w ustaleniu, czy może Pan/i otrzymać bezpłatne lub zniżkowe usługi lub inne programy publiczne, które mogą pomóc zapłacić za opiekę zdrowotną. Proszę złożyć ten wniosek w Shirley Ryan AbilityLab.

JEŚLI JEST PAN/I NIEUBEZPIECZONY/A, NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY NUMBER) NIE JEST WYMAGANY, ABY KWALIFIKOWAĆ SIĘ DO BEZPŁATNEJ LUB ZNIŻKOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ. Jednakże numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany w przypadku niektórych programów publicznych, włącznie z Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić czy kwalifikuje się Pan/i do jakichkolwiek programów publicznych.

Proszę wypełnić ten formularz i dostarczyć do szpitala osobiście, pocztą lub faksem, aby ubiegać się o bezpłatną lub zniżkową opiekę zdrowotną w ciągu 60 dni od daty wypisu ze szpitala lub otrzymania leczenia ambulatoryjnego.

Pacjent potwierdza, że on lub ona podjął/ęła w dobrej wierze starania, aby podać wszystkie informacje wymagane we wniosku, w celu umożliwienia szpitalowi ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej.

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją wiedzą. Będę ubiegać się o każdą stanową, federalną lub lokalną pomoc, na którą mogę się kwalifikować, aby móc zapłacić rachunek szpitalny. Rozumiem, że informacje przeze mnie podane mogą być zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do skontaktowania się ze stronami trzecimi, aby zweryfikować dokładność informacji zawartych w tym wniosku. Rozumiem, że jeżeli świadomie udzielę nieprawdziwych informacji w niniejszym wniosku nie będę się kwalifikować do pomocy finansowej, a wszelka przyznana mi pomoc finansowa może być cofnięta i będę odpowiedzialny/a za zapłatę rachunku szpitalnego.

Podpis pacjenta (lub wnioskodawcy): \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta (lub wnioskodawcy): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Proszę dzwonić pod numer **(312) 238-6039** jeśli Pan/i ma pytania dotyczące tego wniosku. Proszę zwrócić wypełniony wniosek do:

Drogą pocztową lub osobiście:  
Shirley Ryan AbilityLab  
Patient Financial Services Department  
Financial Assistance Program  
355 E. Erie St.  
Chicago, IL 60611

Faksem:  
(312)238-7569  
1 of 4

**Informacje o pacjencie**

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_ SSN pacjenta: \_\_\_\_\_

Data urodzenia pacjenta: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko poręczyciela: \_\_\_\_\_

Adres pacjenta: \_\_\_\_\_ Adres poręczyciela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numer telefonu pacjenta: \_\_\_\_\_ Numer telefonu poręczyciela: \_\_\_\_\_

**Informacje o gospodarstwie domowym pacjenta**

Proszę podać informacje o wszystkich członkach gospodarstwa domowego pacjenta (z wyłączeniem informacji na temat pacjenta lub poręczyciela, które zostały dostarczone powyżej):

Liczba osób w rodzinie lub gospodarstwie domowym pacjenta: \_\_\_\_\_

Liczba osób na utrzymaniu pacjenta: \_\_\_\_\_

Wiek każdej osoby na utrzymaniu pacjenta: \_\_\_\_\_

Zaznacz kółkiem osobę lub osoby obecnie zatrudnione:      Pacjent      Współmałżonek/Partner Pacjenta

Rodzice lub opiekunowie prawni pacjenta (jeśli pacjent jest małoletni)

**Informacje o ubezpieczeniu**

Zaznacz X poniżej jeśli pacjent jest objęty lub jest beneficjentem jakiegokolwiek z następujących programów ubezpieczenia zdrowotnego:

\_\_\_ Ubezpieczenie zdrowotne      \_\_\_ Medicare      \_\_\_ Medicare Part D      \_\_\_ Medicare Supplement

\_\_\_ Medicaid      \_\_\_\_\_ Świadczenia dla weteranów      \_\_\_ Inne      \_\_\_ Nieubezpieczony/a

**Identyfikacja miejsca zamieszkania pacjenta**

Należy przedłożyć kopię jednego z następujących dokumentów, aby pokazać, że pacjent zamieszkuje w Illinois:

- Ważny, wydany przez Illinois dokument tożsamości lub prawo jazdy;
- Ostatni rachunek za użyteczności mieszkalne;
- Umowa najmu mieszkania;
- Dowód rejestracyjny pojazdu;
- Karta rejestracji do głosowania;
- Poczta zaadresowana do pacjenta z adresem w Illinois, wysłana przez jednostkę rządową lub inne wiarygodne źródło;

- Oświadczenie członka rodziny nieubezpieczonego pacjenta, który mieszka pod tym samym adresem i przedstawi weryfikację stałego pobytu;
- Pismo ze schroniska dla bezdomnych, tymczasowego miejsca zamieszkania lub podobnej placówki, potwierdzające, że pacjent tam mieszka;
- Ostatnie zeznanie podatkowe pacjenta;
- Ostatni formularz W2 i wszelkie odpowiadające mu formularze 1099; lub
- Kopie dwóch ostatnich odcinków wypłat, jeśli zawierają adres domowy pacjenta.

**Kryteria domniemanego uprawnienia.** Informacje, których Pan/i dostarczy na tej stronie pomogą RIC ustalić czy masz domniemane uprawnienia, aby otrzymać pomoc finansową. Jeśli Pan/i spełnia więcej niż jedno kryterium, należy tylko dostarczyć uzupełniającą dokumentację do jednego ze spełnianych kryteriów.

Kryteria	Zaznacz Tak/Nie	Załącz te uzupełniające informacje wraz ze swoim wnioskiem
Zapis do Programu Żywienia dla Kobiet, Niemowląt i Dzieci (WIC)	Tak / Nie	Kopia jakiegokolwiek dokumentu, takiego jak pismo, które pokazuje, że pacjent otrzymuje taką pomoc.
Zapis do Uzupełniającego Programu Pomocy Żywnościowej (SNAP)	Tak / Nie	
Zapis do Programu Darmowych Obiadów i Śniadań stanu Illinois	Tak / Nie	
Zapis do Programu Pomocy w Opłatach za Energię Rodzinom o Niskich Dochodach (LIHEAP)	Tak / Nie	
Otrzymywanie dofinansowania na usługi medyczne	Tak / Nie	
Kwalifikacja do Medicaid, ale nie na datę usługi lub na nie pokrytą usługę	Tak / Nie	Brak. Sprawdzimy bazę danych w celu potwierdzenia.
Zmarły bez majątku	Tak / Nie	Kopia aktu zgonu pacjenta.
Upośledzenie umysłowe gdzie nikt nie działa w imieniu pacjenta	Tak / Nie	Pisemne oświadczenie od lekarza lub rodziny pacjenta.
Zapis do programu środowiskowego	Tak / Nie	Pismo od programu, poświadczające przynależność pacjenta.
Upadłość osobista	Tak / Nie	Dokumentacja prawna wskazująca na upadłość.
Bezdomny/a	Tak / Nie	Adres schroniska: _____ _____ _____  Telefon schroniska:_(_____)_____
Więzienie	Tak / Nie	Brak. Sprawdzimy bazę danych w celu potwierdzenia.

*Jeżeli pacjent spełnia jeden z powyższych kryteriów domniemanego uprawnienia nie trzeba wypełniać strony 4 tego Wniosku.*

*Proszę wypełnić tę stronę tylko wtedy gdy pacjent nie spełnia jednego z Kryteriów Domniemanego Uprawnienia na stronie 3 niniejszego Wniosku.*

**Informacje o dochodzie rodzinnym i zatrudnieniu pacjenta**

Proszę wymienić wszystkie źródła dochodu, w tym także, ale nie tylko: zatrudnienie, ubezpieczenie społeczne (Social Security), emerytura, odsetki, dochód z najmu, zasiłek dla dziecka, alimenty i pomoc rządowa. Źródła dochodu powinny pochodzić od pacjenta, współmałżonka pacjenta lub partnera (jeśli jest poręczycielem) lub rodzica albo opiekuna pacjenta (jeśli jest poręczycielem i pacjent jest małoletni). Dołącz dodatkowe strony w razie potrzeby:

<i>Imię i Nazwisko Członka Gospodarstwa Domowego</i>	<i>Źródło Dochodu/Świadczenie</i>	<i>Miesięczna Kwota Brutto</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Proszę załączyć kopię ubiegłorocznego federalnego zeznania o podatku dochodowym (Federal Income Tax return) oraz wszystkie uzupełniające formularze W2 dla pacjenta, współmałżonka pacjenta lub rodziców pacjenta (jeśli pacjent jest wymieniony jako osoba na utrzymaniu). Proszę również załączyć dokumentację dochodu rodzinnego, który Pan/i wymienili/a, która może zawierać odcinki wypłat, sprawozdania o świadczeniach, pisma informujące o przyznaniu, nakazy sądowe, federalne zeznania podatkowe, lub inne odpowiednie dokumenty.