

Formularz wniosku o pomoc finansową

SEKCJA PIERWSZA: INFORMACJE O PACJENCIE

Należy wpisać pełne imię i nazwisko, adres zamieszkania w momencie korzystania z usług medycznych oraz pozostałe informacje podane w tej sekcji.

Numer konta _____ Data(y) wykonania usługi _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____
NAZWISKO IMIĘ INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA

Adres: _____ Miasto: _____ Hrabstwo: _____
NUMER I NAZWA ULICY

Stan zamieszkania: _____ Kod pocztowy: _____ Data urodzenia: ____/____/____ Stan cywilny: Kawaler/Panna Żonaty Zamężna Rozwiedziony(-a)

Główny numer telefonu: (_____) _____ Domowy Komórkowy Służbowy Inny _____

Adres e-mail: _____

Posiadane ubezpieczenie zdrowotne w momencie świadczenia usługi: Brak Medicare Medicaid Inne _____

SEKCJA DRUGA: DOCHÓD I MAJĄTEK RODZINY

Należy podać dochody swoje, współmałżonka i wszystkich innych członków rodziny (jeśli dotyczy).

Źródło dochodu	łącznie za 3 miesiące poprzedzające usługę	łącznie za 12 miesięcy poprzedzających usługę
Wynagrodzenie/samozatrudnienie	\$ _____	\$ _____
Ubezpieczenie społeczne	\$ _____	\$ _____
Emerytura, dywidendy, odsetki, dochody z wynajmu	\$ _____	\$ _____
Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, odszkodowanie pracownicze	\$ _____	\$ _____
Alimenty (tylko jeśli pacjent jest docelowym odbiorcą)	\$ _____	\$ _____
Pozostałe	\$ _____	\$ _____

Łączne aktywa netto (aktywa - zadłużenie) na dzień złożenia wniosku: \$ _____

SEKCJA TRZECIA: INFORMACJE O RODZINIE I JEJ DOCHODACH

Należy wymienić wszystkich członków rodziny w gospodarstwie domowym i ich daty urodzenia.

Prosimy o podanie następujących informacji dotyczących wszystkich osób z najbliższej rodziny, które zamieszkują wspólnie. Dla celów HCAP, rodzina jest definiowana jako pacjent, współmałżonek pacjenta i wszystkie dzieci pacjenta poniżej 18 roku życia (naturalne lub przysposobione), które mieszkają w domu pacjenta. Jeśli pacjent ma mniej niż 18 lat, rodzina będzie obejmowała pacjenta, jego rodzica(ów) naturalnego(ych) lub adopcyjnego(ych) oraz rodzica(ów) dzieci poniżej 18 roku życia (naturalnego(ych) lub adopcyjnego(ych)), które mieszkają w domu pacjenta.

Imiona i nazwiska członków rodziny, w tym pacjenta _____ Dataurodzenia _____ Pokrewieństwo z pacjentem _____

1. Pacjent: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Niniejszym podpisem poświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.

Podpis osoby odpowiedzialnej: x _____ Data: _____

Wypełniony wniosek należy odesłać na adres: **Rush Specjalty Hospital**

516 South Loomis Street Chicago, IL 60607

(872) 298-9199

Ver. 07/2024