

Wniosek o pomoc finansową
(Należy wypełnić **WSZYSTKIE** pola wniosku)

Data zgłoszenia wniosku: ____ . ____ . ____

Dane pacjenta:

Nazwisko: _____ Imię _____ Inicjał drugiego imienia _____

Data urodzenia: ____ . ____ . ____ Numer ubezpieczenia społecznego: ____ - ____ - ____

Adres: _____ Nr mieszkania _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Telefon domowy (____) _____ Inny numer telefonu (____) _____

Osoby na utrzymaniu w gospodarstwie domowym:

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

Informacje o dochodach:

Dochody	Pacjent	Współmałżonek
Pracodawca		
Wynagrodzenie brutto		
Alimenty otrzymywane na dziecko/alimenty na małżonka		
Emerytura		
Świadczenia dla bezrobotnych		
Świadczenia z tytułu zabezpieczenia społecznego		
Dochód z wynajmu nieruchomości		
Inne dochody		
Kartki na żywność		
Łączne dochody		

Należy przedstawić kopie posiadanych dokumentów wymienionych na załączonej liście dokumentacji i formularzy weryfikacyjnych. Pacjenci muszą przedstawić takie informacje w ciągu 15 dni od otrzymania wniosku. Wszelkie przedstawione, przedyskutowane bądź zaprotokołowane informacje dotyczące niniejszego podania pozostaną poufne. Pytania lub zgłoszenia o uzyskanie dodatkowej pomocy należy kierować do doradcy ds. pomocy finansowej (Financial Assistance Counselor) pod numer (203) 276-7515 lub (203) 276-4831 do działu ds. pacjentów (Patient Business Department).

Dodatkowe informacje, które należy uwzględnić na życzenie wnioskodawcy:

Niniejszym zwracam się z prośbą do Szpitala Stamford o udzielenie pomocy finansowej, w tym również o przydzielenie funduszy na pokrycie pobytu w szpitalu, jeśli są one dostępne i jeżeli kwalifikuję się do ich otrzymania. Rozumiem, że podane przeze mnie informacje zostaną zweryfikowane przez Szpital Stamford. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i poprawne. Rozumiem, że mogę zostać poproszony(a) o złożenie wniosku o uzyskanie pomocy społecznej, jeśli będzie mi ona przysługiwać.

Podpis wnioskodawcy: _____

Data: _____

Należy pamiętać, że niewłaściwe wypełnienie niniejszego wniosku lub podanie niepełnych informacji w ustalonym terminie, może opóźnić rozpatrzenie wniosku oraz spowodować wydanie odmownej decyzji w sprawie pomocy finansowej.

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SZPITALA

MR#: _____

Ilość osób w rodzinie _____

Poziom przyznanej pomocy finansowej: _____ @ _____ %

Przyznano FAP: Od: _____ Do: _____

Przyznana pomoc prenatalna: Od: _____ Do: _____

Data odmowy: _____

Przyczyna odmowy: _____

FC: _____ Data: _____

Dokumentacja i formularze weryfikacyjne

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

NALEŻY DOSTARCZYĆ KOPIE NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW

Ubezpieczenie

zdrowotne TAK lub NIE od odpowiedzialności TAK lub NIE
pracownicze TAK lub NIE MVA TAK lub NIE
Czy składał(a) Pan(i) wniosek o ubezpieczenie zdrowotne w Access Health CT TAK lub NIE

***WSZYSTKIE WYMAGANE INFORMACJE DOTYCZA PACJENTA, WSPÓŁMAŁŻONKA, INNEJ BLISKIEJ OSOBY, PARTNERA ORAZ DZIECI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM.**

Świadczenia federalne i stanowe:

- List z odmową z wydziału usług społecznych
- List dotyczący kartek na żywność/wsparcia finansowego
- Otrzymanie ubezpieczenia z wydziału usług społecznych (Medicaid)
- List dotyczący świadczeń zabezpieczenia społecznego

Identyfikacja:

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

Dochody: wynagrodzenie, pensje, napiwki i dywidendy

- Ostatnio złożone rozliczenia podatkowe oraz formularze W-2 lub 1099
- Najbardziej aktualne 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)
- Potwierdzone notarialnie pismo od pracodawcy lub od samego siebie
- Historię wypłaty świadczeń dla osób bezrobotnych (w przypadku pobierania świadczeń dla bezrobotnych)
- W przypadku braku zatrudnienia należy przedstawić potwierdzone przez notariusza pismo, w którego treści podane jest źródło Pana(i) utrzymania.
- Alimenty na małżonka i na dzieci (dokument z sądu lub pismo potwierdzone przez notariusza, w którego treści podana jest wysokość otrzymywanej kwoty)

Aktywa:

- Aktualne wyciągi z kont bankowych wszystkich członków gospodarstwa domowego (czekowych, oszczędnościowych, długoterminowych wkładów, 401K, 403B)
 - TAK lub NIE Jeśli nie, proszę zaparafować _____
- Czy poza głównym miejscem zamieszkania posiada Pan(i) inne nieruchomości?
 - TAK lub NIE jeśli tak, należy podać dochód z najmu _____ USD

Informacje dotyczące miejsca zamieszkania:

- Kwit za czynsz / Wyciąg dotyczący pożyczki hipotecznej lub wynajmu nieruchomości
- Pismo od właściciela domu/mieszkania lub od siebie samego potwierdzone przez notariusza (z miesięczną opłatą czynszu)
- pismo ze schroniska dla bezdomnych

Prenatalne:

- Umowa prenatalna (Umowa Optimus/TSH)