

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

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. 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 dziale spraw pacjentów (Patient Business Department).
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#: _____

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

Proszę przedstawić doradcy ds. pomocy finansowej (Financial Assistance Counselor) lub doręczyć do działu obsługi pacjentów (Patient Business Services Department) odpowiednie, wymienione poniżej dokumenty odnośnie wnioskodawcy/współmałżonka, innej bliskiej osoby 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	samochodowe (MVA)	<input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE
Czy składał(a) Pan(i) wniosek o ubezpieczenie zdrowotne z Access Health CT			<input type="checkbox"/> TAK lub <input type="checkbox"/> NIE

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

Świadczenia federalne i stanowe:

- Pismo odmowne z wydziału usług społecznych
- Pismo dotyczące 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

- Ostatnio złożone rozliczenia podatkowe oraz formularze W-2 lub 1099
- 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)
- Potwierdzone notarialnie pismo od pracodawcy lub od samego siebie
- Historia wypłat świadczeń dla bezrobotnych (w przypadku pobierania świadczeń dla bezrobotnych)
- W przypadku braku zatrudnienia proszę przedstawić potwierdzone notarialnie pismo wskazujące z czego się Pan(i) utrzymuje.
- Alimenty matrymonialne i alimenty na dzieci (dokument z sądu lub notarialnie potwierdzone pismo wskazujące otrzymywaną kwotę)

Informacje nt. miejsca zamieszkania:

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

Financial Assistance Application
(Application Must Be **COMPLETELY** Filled Out)

Date of Request: ____/____/____

Patient information:

Last name: _____ First Name _____ Middle Initial ____

Date of Birth: ____/____/____ Social Security Number: ____-____-____

Address: _____ Apt # _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Home Telephone# (____) _____ Other Telephone# (____) _____

Dependents in household:

	Name	Date of Birth	Relationship to Patient
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Income Information:

Income	Patient	Spouse
Employer		
Gross Wages		
Child Support/Alimony Received		
Pension		
Unemployment Benefits		
Social Security Benefits		
Rental Income		
Other Income		
Food Stamps		
Total Income		



Please provide copies of available documents on the attached list of Documentation and Verification Forms. Patients are to provide this information within 15 days of receiving the application. All information provided, discussed or recorded in relation to this application is confidential. If you have questions or require further assistance contact a Financial Assistance Counselor at (203) 276-7515 or (203) 276-4831 at the Patient Business Department.

Additional information that the applicant wishes to be taken into consideration:

I hereby request financial assistance from Stamford Hospital, including access to hospital bed funds that may be available and for which I may be eligible. I understand that the information which I have submitted is subjected to verification by Stamford Hospital. I certify that the above information is true and correct. I understand that I may be asked to apply for public assistance, if eligible.

Applicant's Signature: _____

Date: _____

Please note that failure to complete this application and provide the information requested within the time allotted will delay processing of your request and may result in a determination that you are not eligible for financial assistance.

FOR HOSPITAL USE ONLY

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Documentation and Verification Forms

Please provide applicable documents listed below for applicant/spouse or significant other and children (if applicant is a minor provide parents information) to your Financial Assistance Counselor or the Patient Business Services Department.

PLEASE PROVIDE US WITH COPIES OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION

Insurance:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------|
| Health | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | Liability | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Workers comp | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | MVA | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Have you applied for insurance coverage with Access Health CT <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | | | |

***ALL INFORMATION REQUESTED IS FOR PATIENT, SPOUSE, SIGNIFICANT OTHER, PARTNER AND CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.**

Federal and State Benefits:

- Department of Social Services Denial Letter
- Food Stamps/Cash Assistance Letter
- Department of Social Services Medical (Medicaid) coverage
- Social Security Benefits Letter

Identification:

- Photo ID / Driver's license/ Passport / Permanent Resident Card
- Proof of Current Address (utility bills, cable, telephone)
- Children's Birth Certificate

Income: wages, salaries, tips, and dividends

- Most Recent Filed Tax Return and W-2 or 1099
- Most Recent Pay Stubs (4 if paid weekly / 2 if paid bi-weekly and 2 if paid monthly)
- Notarized letter from employer or self
- Unemployment payment History (if collecting unemployment)
- If unemployed please provide a notarized letter indicating how you support yourself.
- Alimony and Child Support (Court document or a Notarized letter indicating amount received)

Residence Information:

- Rent Receipt / Lease or Mortgage Statement
- Notarized letter from landlord or self (amount you pay for rent each month)
- Shelter letter