

PRIJAVA ZA PROGRAM FINANSIJSKE POMOĆI

Midwest Orthopedic Specialty Hospital gaji poštovanje prema dostojanstvu svake osobe, uz posebnu pažnju prema onima koji se susreću sa preprekama u ostvarivanju usluga zdravstvene zaštite. U jednakoj meri se bavimo upravljanjem sopstvenim zdravstvenim resursima kao uslugom koju pružamo celokupnoj zajednici. Stoga pružamo finansijsku pomoć određenim pojedincima koji primaju hitnu ili drugu medicinski neophodnu pomoć. U okviru zahteva programa finansijske pomoći, morate proći kroz trijažu za Medicaid ili druge programe javne pomoći, uključujući ali bez ograničenja na sledeće: BadgerCare – WI Medicaid; Elderly, Blind, Disabled (EBD); Alien Emergency Medical Assistance (AEMA); Victim of Violent Crime Compensation Fund (VOVC); Presumptive Disability/Medicaid; Social Security Disability/Income (SSD/SSI); Marketplace Health Insurance.

Uputstvo za prijavu na program finansijske pomoći **Dostavite sledeće označene ☒ stavke:**

(Pošaljite kopije, originali se ne vraćaju)

Sve informacije su potrebne i za podnosioca zahteva i za supružnika

- ☐ Legitimacija podnosioca zahteva ☐ Kopija najnovijeg obračuna plate.
- ☐ Potvrda o mesečnom prihodu od Socijalnog osiguranja ako ste osoba na penzijskom ili invalidskom osiguranju. (Primer: bankovni izvod ili potvrda o prihodima) ☐ Potvrda o prihodu nezaposlenog lica.
- ☐ Potvrda izdržavanju deteta, odn. alimentaciji.
- ☐ Potvrda o penzijskom osiguranju, odn. osiguranju za povredu na radu.
- ☐ Potvrda o pravu na bonove za hranu, FIP pomoć, pomoć za grejanje i smeštaj.
- ☐ Podnosioci zahteva koji dobijaju finansijsku pomoć od člana porodice ili drugog lica za troškove života moraju dostaviti pismenu izjavu te osobe ili izjavu o izdržavanju sa legitimacijom izdržavaoca.
- ☐ Potpunu, potpisanu kopiju savezne poreske prijave za kalendarsku _____ godinu, uključujući sve dodatke ukoliko ste samozaposleni, odn. imate prihode od poljoprivrede ili iznajmljivanja nekretnina. ☐ Ako nemate zdravstveno osiguranje:
 1. Pismo od vašeg poslodavca, odn. poslodavca vašeg supružnika kojim se potvrđuje da ne posedujete zdravstveno osiguranje.
 2. Ako ste odbili zdravstveno osiguranje koje se nudi preko vašeg poslodavca, odn. poslodavca vašeg supružnika, dostavite cene premija.
- ☐ Ako imate zdravstveno osiguranje: 1. Dokaz premija osiguranja koje plaćate za zdravstveno osiguranje.
- ☐ Obavezna je odluka u vezi sa državnim zdravstvenim osiguranjem.

Pozovite kancelariju Uprave za javne usluge da biste se prijavili za Medicaid/Title 19, odn. program odbitka troškova za lica sa medicinskim potrebama („Medically Needy Spend-Down Program“).

Midwest Orthopedic Specialty Hospital dostaviće pismeni odgovor podnosiocu zahteva po prijemu kompletnog zahteva i pratećih informacija. Ovaj će se pismeni odgovor odnositi na posete lekaru čiji datum prvog izvoda doseže godinu dana unazad i godinu dana unapred od datuma odobrenja, tako da je važno da ovu prijavu brzo popunite i pošaljete. Ukoliko vaša prijava bude odbijena iz bilo kog razloga, žalbu podnesite u roku od četrnaest (14) kalendarskih dana od datuma odbijenice Kancelariji potpredsednika prihodnog ciklusa, na ruke: 100% Charity Care and Financial Assistance Appeals Committee, Wheaton Franciscan Healthcare Corporate Services Office,

801 S. 60th Street, Suite 150, West Allis, WI 53214, u kojoj ćete navesti razlog za ponovno razmatranje prijave i dostaviti bilo kakve dodatne prateće informacije.

UKOLIKO IMATE PITANJA, POZOVITE: (866) 972-4687

Datum: _____ Broj(evi) računa: _____

Ime i prezime podnosioca zahteva _____ Ime i prezime pacijenta: _____

Adresa podnosioca zahteva: _____ Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Br. telefona podnosioca zahteva: _____ Br. soc. osiguranja: _____ Datum rođenja: _____

Bračno stanje: ☐ Neoženjen/neudata ☐ U braku ☐ Udovac/udovica ☐ Razveden/a ☐ Razdvojen/a Ime i

prezime supružnika: _____ Br. soc. osiguranja: _____ Datum rođenja: _____

Ime i prezime izdržavanog lica	Datum rođenja	Ime i prezime izdržavanog lica	Datum rođenja
_____	/_____/	_____	/_____/

_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____

_____ **PODACI O ZAPOSLENJU, PRIHODU I OSIGURANJU (SVE KUĆICE SE MORAJU POPUNITI):**

PODNOŠILAC ZAHTEVA

Da li ste trenutno zaposleni? ☐ Da ☐ Ne Da li podnosite saveznu poresku prijavu? ☐ Da ☐ Ne

Da li ste samozaposleni? ☐ Da ☐ Ne Da li imate zdravst. osiguranje? ☐ Da ☐ Ne

Datum zaposlenja: _____ Mesečni iznos koji se plaća za zdravstveno osiguranje: \$ _____

Koliko često dobijate platu? ☐ Nedeljno ☐ Dvonedeljno ☐ Mesečno Satnica: \$ _____

Koliko sati radite u toku svakog platnog perioda? ☐ 20 ☐ 40 ☐ 60 ☐ 80 ☐ 120 Drugo _____

Trenutni ili poslednji poslodavac: _____ Grad: _____

Država: _____ Mesečni bruto prihod: _____

Broj telefona: _____

SUPRUŽNIK PODNOŠIOCA

Da li ste trenutno zaposleni? ☐ Da ☐ Ne Da li podnosite saveznu poresku prijavu? ☐ Da ☐ Ne

Da li ste samozaposleni? ☐ Da ☐ Ne Da li imate zdravst. osiguranje? ☐ Da ☐ Ne

Datum zaposlenja: _____ Mesečni iznos koji se plaća za zdravstveno osiguranje: \$ _____

Koliko često dobijate platu? ☐ Nedeljno ☐ Dvonedeljno ☐ Mesečno Satnica: \$ _____

Koliko sati radite u toku svakog platnog perioda? ☐ 20 ☐ 40 ☐ 60 ☐ 80 ☐ 120 Drugo _____ Trenutni
ili poslednji poslodavac: _____ Grad: _____

Država: _____ Mesečni bruto prihod: _____

Broj telefona: _____

DRUGI IZVORI PRIHODA (označite tip i naznačite iznos):

- ☐ Alimentacija/izdržavanje deteta _____ ☐ Penzijski anuitet _____
☐ Socijalno osiguranje _____ ☐ Naknada za povredu na radu _____ ☐
Vojna penzija _____ ☐ Prihod od izdavanja _____ ☐
Naknada za nezaposlena lica _____ ☐ Drugo (navedite) _____
☐ Pomoć za školovanje _____

POTVRĐUJEM DA SU SVI PODACI U OVOM ZAHTEVU ISTINITI I TAČNI PREMA MOM NAJBOLJEM SAZNANJU I UVERENJU. Prihvatam da Wheaton Franciscan Healthcare dobije ove informacije radi provere ove finansijske izjave.

Potpis pacijenta/podnosioca zahteva

Datum

Supružnik

Datum

192774 01/2020 (Serbo-Croatian)