



## Swedish Covenant Hospital

Dziękujemy za wybór Szwedzkiego Szpitala Przymierza jako Państwa placówki służby zdrowia.

Ważne: MOGĄ SIĘ PAŃSTWO KWALIFIKOWAĆ DO UZYSKANIA OPIEKI BEZPŁATNEJ LUB ZE ZNIŻKĄ. Wypełnienie niniejszego wniosku umożliwi Szwedzkiemu Szpitalowi Przymierza określenie, czy są Państwo uprawnieni do usług darmowych bądź ze zniżką, lub czy mogą Państwo zostać objęci innymi publicznymi programami, w ramach których możliwa będzie refundacja kosztów Państwa leczenia. Prosimy o złożenie tego wniosku w Szpitalu.

JEŚLI NIE SĄ PAŃSTWO UBEZPIECZENI, W CELU ZAKWALIFIKOWANIA SIĘ DO BEZPŁATNEJ OPIEKI BĄDŹ ZNIŻKI NIE JEST KONIECZNY NUMER UBEZPIECZENIA SOCJALNEGO. Jednakże numer ubezpieczenia socjalnego jest wymagany o przypadku niektórych programów publicznych, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia socjalnego nie jest wymagane, jednak pomoże szpitalowi w określeniu, czy mogą Państwo zostać objęci którymś z programów publicznych.

Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i złożenie go w Szpitalu osobiście, przesłanie pocztą, pocztą elektroniczną bądź faksem, w celu wniesienia wniosku o darmową opiekę lub o zniżkę, w terminie 60 dni od daty wypisania lub udzielenia opieki ambulatoryjnej.

Pacjent potwierdza, że w dobrej wierze podjął wysiłki w celu podania wszelkich informacji wymaganych dla wniosku, aby ułatwić Szpitalowi ustalenie, czy kwalifikuje się on do otrzymania pomocy finansowej.

W przypadku domniemania, że kwalifikują się Państwo do otrzymania pomocy finansowej w oparciu o poziom dochodów, nie będzie konieczne podanie informacji dotyczących Państwa wydatków.

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Będę ubiegał(a) się o wszelką pomoc stanową, federalną, bądź lokalną, jaka może mi przysługiwać celem uregulowania niniejszego rachunku za opiekę szpitalną. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital i upoważniam szpital do kontaktu ze stronami trzecimi w celu weryfikacji dokładności podanych informacji. Rozumiem, że jeśli świadomie podam w niniejszym wniosku nieprawdziwe informacje, nie będę kwalifikował(a) się do

uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może podlegać zwrotowi i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie rachunku za opiekę szpitalną.

---

Podpis pacjenta/osoby wnioskującej/data



Swedish Covenant Hospital

### WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

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

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Numer(y) konta: \_\_\_\_\_

Całkowita kwota obciążająca pacjenta: \_\_\_\_\_

Termin dostarczenia informacji: \_\_\_\_\_

#### Oświadczenie pacjenta

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym pacjenta \_\_\_\_\_

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

Wiek osób na utrzymaniu pacjenta \_\_\_\_\_

**Proszę podać obecne zarobki i dochody (w ujęciu tygodniowym, w okresie dwóch tygodni, miesiąca, roku)**

Pacjent \_\_\_\_\_

Współmałżonek \_\_\_\_\_

Inni \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aktywa i informacje dotyczące szacowanej wartości aktywów, ograniczone do poniższych:**

Rachunek(-ki) oszczędnościowo-rozliczeniowy(-e): \_\_\_\_\_

Konto(-a) oszczędnościowe: \_\_\_\_\_

Akcje: \_\_\_\_\_

Certyfikaty depozytowe: \_\_\_\_\_

Fundusze inwestycyjne: \_\_\_\_\_

Samochody: \_\_\_\_\_

Nieruchomości: \_\_\_\_\_

Zdrowotne konto(-a) oszczędnościowe/konto(-a) FSA: \_\_\_\_\_

**Informacje dotyczące miesięcznych wydatków i szacowane kwoty wydatków, ograniczone do poniższych:**

Wydatki na mieszkanie: \_\_\_\_\_

Wydatki na usługi komunalne:

Prąd \_\_\_\_\_

Ogrzewanie \_\_\_\_\_

Woda \_\_\_\_\_

Żywność: \_\_\_\_\_

Transport: \_\_\_\_\_

Opieka nad dziećmi: \_\_\_\_\_

Pożyczki: \_\_\_\_\_

Jeśli pacjent spełnia kryterium uprawnienia do opieki na podstawie domniemania, ustalone w Paragrafie 4500.40 lub gdy istnieje inne domniemanie, że jest uprawniony ze względu na dochody, pacjent nie musi wypełniać części wniosku dotyczących informacji o miesięcznych wydatkach i szacowanych kwotach wydatków, wykazanych w podpunkcie (g).

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Będę ubiegał(a) się o wszelką pomoc stanową, federalną, bądź lokalną, jaka może mi przysługiwać celem uregulowania niniejszego rachunku za opiekę szpitalną. Rozumiem, że podane informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital oraz upoważniam szpital do kontaktu ze stronami trzecimi w celu weryfikacji dokładności podanych informacji. Rozumiem, że jeśli świadomie podam w niniejszym wniosku nieprawdziwe informacje, nie będę kwalifikował(a) się do uzyskania pomocy finansowej, wszelka udzielona mi pomoc finansowa może podlegać zwrotowi i będę odpowiedzialny(-a) za opłacenie rachunku za opiekę szpitalną.

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta/osoby wnioskującej/data