

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

DO NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ DOWÓD TOŻSAMOŚCI, ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH I MAJĄTKU.
NALEŻY PRZESŁAĆ KOPIE WSZYSTKICH ŻĄDANYCH DOKUMENTÓW. **PROSIMY O NIEPRZESYLANIE ORYGINAŁÓW DOKUMENTÓW,**
PONIEWAŻ NIE BĘDĄ ONE ZWRACANE.

CZEŚĆ I – Dane osobowe

1. Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nazwisko

Imię

Drugie imię

2. Numer ubezpieczenia społecznego (ang. Social Security Number) _____ -- _____ -- _____

3. Data
Wniosku: _____ / _____ / _____
Miesiąc Dzień Rok

4. Data początkowa
Usługi: _____ / _____ / _____
Miesiąc Dzień Rok

5. Wymagana data
Usługi: _____ / _____ / _____
Miesiąc Dzień Rok

6. Adres zamieszkania pacjenta (ulica, nr
domu): _____

7. Miejscowość, stan i kod
pocztowy: _____

8. Numer telefonu: _____

9. Liczebność rodziny* (liczba członków gospodarstwa domowego): _____

10. Obywatelstwo amerykańskie: Tak Nie W trakcie rozpatrywania wniosku

11. Dowód tożsamości (wymagane dokumenty: dokumenty uzyskania obywatelstwa, paszport, akt urodzenia, prawo jazdy lub dowód tożsamości mieszkańca Nowego Jorku ("IDNYC")). **Centrum Medyczne Maimonides wymaga dostarczenia przez pacjenta jednego z poniższych dokumentów w ramach składania wniosku o pomoc finansową.**

12. Potwierdzenie miejsca zamieszkania: (Wymagane dokumenty: rachunki za telefon/gaz/energię elektryczną, ostatnie paragony opłaty czynszu lub kopia umowy najmu. **Centrum Medyczne Maimonides wymaga dostarczenia przez pacjenta jednego z poniższych dokumentów w ramach składania wniosku o pomoc finansową.**)

CZEŚĆ II – Kryteria majątkowe

Przy ustalaniu prawa do pomocy finansowej w zakresie opieki szpitalnej, majątek osoby dorosłej obejmuje majątek jego/jej współmałżonka; majątek niepełnoletniego dziecka obejmuje majątek jego lub jej rodzica(-ów) i (lub) prawnego opiekuna(-ów), z którym dziecko mieszka. **Centrum Medyczne Maimonides wymaga w ramach składania wniosku o pomoc finansową dostarczenia przez pacjenta niżej wymienionych dokumentów i informacji.**

12. Majątek osoby prywatnej: _____

13. Majątek współmałżonka(-i), rodzica(-ów) lub opiekuna prawnego (opiekunów prawnych) (jeśli dotyczy):

14. Majątek obejmuje:

A. Gotówka (wymagane dokumenty: pismo od pacjenta potwierdzające ilość posiadanej gotówki)

- B. Rachunki oszczędnościowe (wymagane dokumenty: kopia ostatniego wyciągu(-ów) z bankowego rachunku oszczędnościowego) _____
- C. Rachunki bieżące (wymagane dokumenty: kopia ostatniego wyciągu(-ów) z bankowego rachunku bieżącego) _____
- D. Świadectwa depozytowe (wymagane dokumenty: kopia ostatniego wyciągu(-ów) bankowego, wykaz depozytów) _____
- E. Majątek w postaci nieruchomości (innych niż główne miejsce zamieszkania) (wymagane dokumenty: pismo od księgowego, które opisuje wartość majątku w postaci nieruchomości) _____
- F. Pozostałe aktywa (bony skarbowe, zbywalne papiery wartościowe, akcje firm i obligacje) (wymagane dokumenty: miesięczne lub roczne wyciągi otrzymanych kwot lub kopia wyciągu bankowego potwierdzającego powyższe aktywa (jeśli odsetki lub dywidendy są bezpośrednio wpłacane))
- G. Łącznie _____

* Liczebność rodziny wraz z pacjentem, współmałżonkiem mieszkającym z pacjentem oraz wszelkimi osobami niepełnoletnimi pod opieką pacjenta lub współmałżonka. Kobieta w ciąży jest liczona jako dwóch członków rodziny. W przypadku pacjentów nieletnich, liczebność rodziny obejmuje pacjenta, rodziców mieszkających z pacjentem oraz osoby niepełnoletnie pod opieką rodziców.

CZEŚĆ III – Kryteria przychodu

Przy ustalaniu prawa do pomocy finansowej w zakresie opieki szpitalnej, przychód osoby dorosłej obejmuje przychód jego/jej współmałżonka; przychód niepełnoletniego dziecka obejmuje przychód jego lub jej rodzica(-ów) i (lub) prawnego opiekuna(-ów), z którym dziecko mieszka.

Centrum Medyczne Maimonides wymaga w ramach składania wniosku o pomoc finansową dostarczenia przez pacjenta niżej wymienionych dokumentów i informacji **jako dowodów przychodu**.

Przychód określa się na podstawie zarobków w ostatnich czterech tygodniach przed datą wykonania usługi.

15. Źródła przychodu:

- A. Zarobki przed potrąceniem (wymagane dokumenty: wniosek o publicznie sponsorowany program ubezpieczenia, odcinki wypłaty z ostatnich czterech tygodni lub wyciąg z rachunku bankowego wykazujący wypłaty wynagrodzeń za ostatnie cztery tygodnie, odpowiednio do poniższego) _____
- Jeśli pacjent nie złożył wniosku o publicznie sponsorowany program ubezpieczenia lub taki wniosek nie jest dostępny, pacjent musi dostarczyć odcinki wypłat z ostatnich czterech tygodni, które zostaną wykorzystane do ekstrapolacji wypłat pacjenta w bieżącym roku kalendarzowym.
 - Jeśli odcinki wypłat nie są dostępne, pacjent musi dostarczyć: kopię wyciągu z rachunku bankowego (jeśli wypłaty są przekazywane bezpośrednio na rachunek) lub pismo od pracodawcy przedstawiające kwoty brutto, podatki i kwoty netto wypłat pracownika za ostatnie 4 tygodnie.
- B. Pomoc ze środków publicznych (wymagane dokumenty: kopia pisma z akceptacją z Oddziału Opieki Społecznej wraz z miesięcznie otrzymywaną kwotą) _____
- C. Świadczenia ubezpieczenia społecznego (ang. Social Security) (wymagane dokumenty: kopia pisma przyznającego świadczenia ubezpieczenia społecznego lub kopia wyciągu z rachunku bankowego (jeśli świadczenie jest wpłacane bezpośrednio na rachunek)) _____
- D. Zasiłek dla bezrobotnych i ubezpieczenie z funduszu pracy (wymagane dokumenty: kopia pisma potwierdzającego przyznanie zasiłku, kopia czeku zasiłku z funduszu pracy lub kopia wyciągu z rachunku bankowego potwierdzająca bezpośrednią wpłatę (jeśli zasiłek socjalny jest wpłacany bezpośrednio na rachunek)) _____

- E.** Zasiłek kombatancki. (Wymagane dokumenty: kopia otrzymanego czeku, pismo przyznające zasiłek kombatancki lub kopia wyciągu z rachunku bankowego (jeśli zasiłek jest bezpośrednio wpłacany))
- F.** Alimenty/zasiłek na dziecko. (Wymagane dokumenty: odpis orzeczenia rozwodowego wskazujący wielkość przyznanych alimentów, kopia otrzymanego czeku lub kopia wyciągu z rachunku bankowego (jeśli zasiłek jest wpłacany bezpośrednio na rachunek)) _____
- G.** Inne formy pomocy finansowej. (Wymagane dokumenty: kopia otrzymanego czeku lub kopia wyciągu z rachunku bankowego wskazująca otrzymany przychód (jeśli wpłata jest dokonywana bezpośrednio na rachunek)) _____
- H.** Wypłaty emerytury. (Wymagane dokumenty: kopia otrzymanego czeku, pismo przyznające emeryturę (jeśli jest dostępne) lub kopia wyciągu z rachunku bankowego (jeśli emerytura jest wpłacana bezpośrednio)) _____
- I.** Płatności ubezpieczenia lub renty. (Wymagane dokumenty: kopia otrzymanego co miesiąc czeku lub kopia wyciągu z rachunku bankowego (jeśli płatność jest wpłacana bezpośrednio))
- J.** Dywidendy/odsetki. (Wymagane dokumenty: kopia otrzymanego czeku lub kopia wyciągu z rachunku bankowego wskazująca otrzymany przychód (jeśli wpłata jest dokonywana bezpośrednio na rachunek)) _____
- K.** Przychód z tytułu wynajmu. (Wymagane dokumenty: pismo od księgowego wskazujące wielkość rocznego przychodu z tytułu wynajmu) _____
- L.** Dochód netto z działalności (praca na własny rachunek/zweryfikowany przez niezależne źródła) (Wymagane dokumenty: podpisany list od księgowego, wskazując kwotę brutto, podatki i kwotę netto zarabianą co tydzień, co dwa tygodnie lub co miesiąc, w zależności od przypadku). _____
- M.** Inne (zasiłki strajkowe, stypendia szkoleniowe, zasiłki dla rodzin wojskowych, dochód z nieruchomości i funduszy powierniczych) (Wymagane dokumenty: kopia otrzymanego czeku lub pismo od księgowego potwierdzające inne otrzymane przychody) _____
- N. Łącznie** _____

CZEŚĆ IV – Potwierdzenie przez Wnioskodawcę

Rozumiem, że informacje, które podaję, podlegają weryfikacji przez odpowiednią placówkę opieki zdrowotnej. Umyślne wprowadzenie w błąd odnośnie podanych faktów spowoduje poniesienie przeze mnie odpowiedzialności za wszystkie koszty pobytu w szpitalu.

Na wniosek placówki opieki zdrowotnej, wystąpię z wnioskiem o przyznanie mi państwowej lub prywatnej pomocy w zakresie poniesienia kosztów rachunku szpitalnego.

Oświadczam, że powyższe informacje dotyczące liczebności mojej rodziny, przychodu i majątku są prawdziwe i poprawne.

Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformowanie szpitala o każdej zmianie stanu w odniesieniu do mojego przychodu lub majątku.

16. Podpis pacjenta lub jego prawnego przedstawiciela: _____

17. Data: _____ / _____ / _____
MIESIĄC, DZIEŃ, ROK

Po złożeniu wypełnionego wniosku, w tym wszelkich informacji i dokumentów wymaganych do ustalenia uprawnienia do otrzymania pomocy, należy zignorować wszelkie rachunki, dopóki Centrum Medyczne Majmonides nie podejmie decyzji o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku.

203129904.5