

Заявление на получение финансовой помощи Номер (-а) расчетного счета пациента:

Важно: вы можете иметь возможность получить бесплатное обслуживание или скидку.

Если вы заполните настоящее заявление, NorthShore University HealthSystem (NorthShore) сможет определить, имеете ли вы право на получение бесплатных услуг или скидки, на участие в других государственных программах, которые могут снизить затраты на лечение. Если вы не застрахованы, номер социального страхования не требуется для получения скидки или бесплатного обслуживания. Тем не менее номер социального страхования требуется для некоторых государственных программ, включая Medicaid. Предоставление номера социального страхования не является обязательным, но он может помочь системе NorthShore определить, имеете ли вы право участвовать в каких-либо программах.

Пожалуйста, заполните эту форму как можно скорее после момента предоставления услуги, чтобы система NorthShore смогла определить, имеете ли вы право на получение финансовой помощи. Мы сможем принять ваше заявление в течение 240 дней после выставления первого счета за лечение.

Пациент подтверждает, что он или она добросовестно сделал (-а) все возможное для предоставления всей запрашиваемой информации в заявлении, чтобы система NorthShore могла определить право пациента на получение финансовой помощи.

ИНСТРУКЦИИ: полностью заполните заявление и подпишите разрешение на проверку информации.						
ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ						
Эл. адрес					Дата рождения	
Фамилия		Имя		Отчество		Номер социального страхования
Улица	Кв. №	Город	Страна	Индекс		Домашний телефон
Место работы			Почтовый адрес места работы			Мобильный телефон
Город		Страна		Индекс	Месячный доход	Рабочий телефон
Супруг/ГАРАНТ или один/ОБА РОДИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РЕБЕНКА						
Эл. адрес					Степень родства к паци	Дата рождения
Фамилия		Имя		Отчество		Номер социального страхования
Улица	Кв. №	Город	Страна	Индекс		Домашний телефон
Место работы			Почтовый адрес места работы			Мобильный телефон
Город		Страна		Индекс	Месячный доход	Рабочий телефон

Предполагаемое наличие права

Незастрахованные пациенты, которые подпадают под один из Критериев предполагаемого наличия права, перечисленных ниже, в индивидуальном порядке или с помощью льгот, которые предоставляются их Семьям, автоматически получают право на получение бесплатного лечения без предоставления каких-либо справок о доходах. Если это возможно, мы проверим наличие права в электронном виде. Но может возникнуть потребность в том, чтобы вы подтвердили ваше право.

Отметьте необходимые поля:

- ПРОГРАММА ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, МЛАДЕНЦАМ И ДЕТАМ ИЗ СЕМЕЙ С НЕДОСТАТОЧНЫМ ДОХОДОМ (WIC)
- ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ЭНЕРГОСНАБЖЕНИИ ЛЮДЕЙ С НИЗКИМ ДОХОДОМ (LIHEAP) АМЕРИКАНСКАЯ ПРОГРАММА
- льготной покупки продуктов (SNAP)
- Муниципальная программа медицинской помощи
- ПРОГРАММА БЕСПЛАТНЫХ ЗАВТРАКОВ/ОБЕДОВ В ШТАТЕ Иллинойс
- БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
- ЗАКЛЮЧЕННЫЕ

- ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ НУЖДАЮЩИМСЯ СЕМЬЯМ (TANF)
- БЕЗДОМНЫЕ
- ЛИЧНОЕ БАНКРОТСТВО
- УМЕРШИЕ, БЕЗ ИМУЩЕСТВА
- ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К РЕЛИГИОЗНОМУ ОРДЕНУ И ОБЕТ БЕДНОСТИ
- ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID, НО НЕ В ДЕНЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ИЛИ НЕ ДЛЯ ОПЛАТЫ ЭТИХ УСЛУГ
- ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ АРЕНДНОГО ЖИЛОГО ФОНДА ОТ УПРАВЛЕНИЯ ЖИЛИЩНОГО ХОЗЯЙСТВА ШТАТА ИЛЛИНОИС
- ПСИХИЧЕСКАЯ НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ, В ОТСУТСТВИИ КОГО-ЛИБО, КТО МОГ БЫ ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА

**** Если вы подтвердите Предполагаемое обладание правом, вам не нужно предоставлять никакие справки о доходах. Необходимо только подписать Подтверждение заявителя на следующей странице.**

Информация о доходах

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию по каждому работающему члену семьи и подпишите заявление ниже.

Копия последней налоговой декларации, ИЛИ

Следующие документы, когда это применимо:

1. Копии самых последних форм W-2 и 1099
2. Копии двух последних справок о начислении заработной платы
3. Копии банковских контрольных выписок, выписок по вкладам, депозитных сертификатов и т. д. за последние два месяца
4. Заявление от вашего работодателя при оплате наличными
5. Любое другое подтверждение ваших доходов от третьей стороны

Вы можете получать доход или пособие из другого источника (например, специальный накопительный счет, пособие по инвалидности, алименты, компенсация по безработице или компенсация работникам, пенсия ветеранам войны или пенсия по инвалидности, временная помощь нуждающимся семьям, пенсионный доход или другой доход). Пожалуйста, укажите источник и размер дохода.

Источник дохода	Размер

Если у вас нет никакого документа, подтверждающего ваш доход, заполните заявление ниже.

Я, _____ (имя печатными буквами), подтверждаю, что у меня нет никаких документов, подтверждающих ежемесячный доход моей семьи в размере _____ долларов США.

Информация о семье

Количество человек в семье	
Количество человек, находящихся на иждивении пациента	
Возраст лиц, которые находятся на иждивении пациента	

Другая информация

Если у вас есть дополнительные документы, которые могут помочь системе NorthShore принять решение относительно вашего заявления, такие как крупные неоплаченные счета, которые говорят о финансовых трудностях, пожалуйста, предоставьте эти документы (например, телефонные счета, счета за электричество, медицинские счета, банковские выписки или контрольные отчеты и т. д.).

Подтверждение заявления

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является точной и достоверной, насколько мне известно. Я буду подавать заявление на получение любой помощи на государственном, федеральном или местном уровне, на которую я могу иметь право, чтобы оплатить счет от NorthShore. Я понимаю, что предоставленная информация может быть проверена NorthShore, и я разрешаю NorthShore связываться с третьими лицами с целью проверки достоверности информации, содержащейся в настоящем заявлении. Я понимаю, что, если я сознательно предоставлю ложную информацию в настоящем заявлении, я буду лишен права на получение финансовой помощи, а также любая финансовая помощь, предоставленная мне ранее, может быть отменена, и я буду нести ответственность за оплату счета NorthShore.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Подать заполненные заявления с помощью:	Нужна помощь? Мы можем помочь.
<p>Почтовый адрес: NorthShore University HealthSystem Отдел оказания финансовых услуг пациентам 60076-9877, штат Иллинойс, Скоки, оф. 330, а/я 1006 (Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877)</p> <p>Факс: (847) 982-6957</p> <p>При передаче лично в руки: доставить финансовому консультанту больницы при посещении через центральную регистратуру</p>	<p>Позвоните по номеру (847) 570-5000</p> <p>или встретьтесь с финансовым консультантом больницы, которого можно найти на центральной регистрационной стойке больницы</p>