



WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Telefon: 417-269-0523 Springfield lub 417-348-8930 Branson lub 417-354-1118 Monett lub 417-681-5100

E-mail: Admissions – FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

Uwaga: MOŻESZ BYĆ UPRAWNIONY(-A) DO OTRZYMANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIŻSZEJ CENIE. Wypełnienie niniejszego wniosku umożliwi organizacji CoxHealth ustalenie, czy pacjentowi przysługuje zniżka na usługi lub też czy jest uprawniony do udziału w innych programach publicznych, które mogą pomóc w opłaceniu kosztów opieki zdrowotnej.

OSOBY NIEUBEZPIECZONE NIE MUSZĄ POSIADAĆ NUMERU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO PROGRAMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIŻSZEJ CENIE. W przypadku niektórych programów publicznych, takich jak Medicaid, numer ubezpieczenia społecznego jest jednak wymagany. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy pacjent kwalifikuje się do udziału w jakimkolwiek programie publicznym.

Uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszego wniosku i dostarczenie go do szpitala osobiście lub pocztą na adres:

CoxHealth
Do wiadomości: Financial Counselors (Doradcy finansowi)
1423 N. Jefferson Ave.
Springfield, MO 65802
Faks 417-269-0518

Cox Medical Center Branson (Ośrodek medyczny Cox w Branson)
Do wiadomości: Financial Counselors (Doradcy finansowi)
PO Box 650
Branson, MO 65615
Faks 417-335-7071

Cox Monett Hospital (Szpital Cox w Monett)
Do wiadomości: Financial Counselors (Doradcy finansowi)
801 N Lincoln Ave.
Monett, Mo 65708
Faks 417-354-1185

Cox Barton County Hospital
Do wiadomości: Financial Counselors (Doradcy finansowi)
29 NW 1st Lane
Lamar, MO 64759
Faks 417-681-5266

lub pocztą elektroniczną na adres Admissions - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com. Aby ubiegać się o opiekę zdrowotną w niższej cenie wniosek należy złożyć w ciągu 240 dni od daty pierwszego rachunku.

Pacjent potwierdza, że w dobrej wierze starał się udzielić wszystkich informacji wymaganych we wniosku, aby pomóc szpitalowi w ustaleniu, czy pacjent jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej.

INFORMACJE O PACJENCIE		
Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego pacjenta (opcjonalnie - niewymagany)
Pacjent		Osoba odpowiedzialna za opłacenie rachunku
Czy w chwili korzystania z opieki zdrowotnej pacjent był mieszkańcem Missouri? Tak ___ Nie ___		Imię i nazwisko
Ulica		Ulica
Miasto, stan, kod pocztowy		Miasto, stan, kod pocztowy
Telefon: ()		Telefon: ()
E-mail:		E-mail:
INFORMACJE O ZATRUDNIENIU		
Pracodawca pacjenta		Pracodawca męża/żony/partnera/partnerki/opiekuna
Ulica		Ulica
Miasto, stan, kod pocztowy		Miasto, stan, kod pocztowy
Telefon: ()		Telefon: ()
POZOSTAŁE INFORMACJE		
1. Czy pacjent uczestniczył w wypadku, który doprowadził do konieczności skorzystania z opieki zdrowotnej?		Tak ___ Nie ___
2. Czy pacjent był ofiarą przestępstwa, które doprowadziło do konieczności skorzystania z opieki zdrowotnej?		Tak ___ Nie ___
3. Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym pacjenta		
4. Liczba osób pozostających na utrzymaniu pacjenta*		
5. Wiek osób pozostających na utrzymaniu pacjenta		

6. Czy w chwili skorzystania z opieki zdrowotnej pacjent był/jest rozwiedziony(a), w separacji lub uczestniczył(-a) w postępowaniu rozwodowym?	Tak ___ Nie ___
7. Czy w chwili skorzystania z opieki zdrowotnej pacjent był/jest osobą pozostającą na utrzymaniu rodzica, który jest rozwiedziony(-a), w separacji lub uczestniczył(-a) w postępowaniu rozwodowym?	Tak ___ Nie ___
8. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pytanie 6 lub 7 należy podać dane osoby odpowiedzialnej za opiekę zdrowotną pacjenta w związku z orzeczeniem o rozwodzie lub separacji. Imię i nazwisko: _____ Związek z pacjentem: _____ Adres: _____ Miasto, stan, kod pocztowy: _____ Telefon: (_____) _____	
*Osoba pozostająca na utrzymaniu oznacza osobę nieletnią lub inną określaną jako pozostającą na utrzymaniu w federalnym zeznaniu podatkowym innej osoby.	

W PONIŻSZEJ CZĘŚCI NALEŻY Podać WSZELKIE INFORMACJE O POLISACH UBEZPIECZENIOWYCH, KTÓRE SĄ POWIĄZANE Z OTRZYMANĄ OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

Rodzaj ubezpieczenia	Nazwa ubezpieczenia	Numer polisy	Numer grupy
Ubezpieczenie zdrowotne			
Program Medicare			
Dodatek w ramach programu Medicare			
Program Medicaid			
Świadczenia dla kombatantów wojennych			

MIESIĘCZNE DOCHODY I WYDATKI

Jako potwierdzenie dochodów należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- | | |
|---|---|
| A. Ostatnie federalne zeznanie podatkowe | B. Ostatnie formularze W-2 oraz 1099 |
| C. Dwa (2) ostatnie odcinki wypłaty zeznania podatkowego lub formularza W-2 | D. Pisemną weryfikację dochodu od pracodawcy w przypadku wypłat gotówkowych - w przypadku braku |
| E. Potwierdzenie niezłożenia zeznań (formularz IRS 4506) | |

**	Pacjent	Mąż/żona/partner/partnerka	Rodzice/opiekunowie
Miesięczne wynagrodzenie brutto			
Dochód z działalności gospodarczej			
Ubezpieczenie społeczne			
Ubezpieczenie społeczne z tytułu niepełnosprawności			
Prywatne ubezpieczenie z tytułu niepełnosprawności			
Ubezpieczenie z tytułu niepełnosprawności dla kombatantów wojennych			
Renta dla kombatantów wojennych			
Zasiłek dla bezrobotnych			
Świadczenie kompensacyjne dla pracowników			
Emerytura			
Alimenty na dziecko			
Alimenty lub inna forma świadczeń małżeńskich na dziecko			
Tymczasowa pomoc dla potrzebujących Świadczenie rodzinne (TANF)			
Inne, podać jakie			
WYDATKI	WYDATKI MIESIĘCZNE		
Mieszkanie			
Media (np. telefon, gaz, elektryczność, woda)			
Żywność			
Opieka nad dzieckiem			
Transport			
Wydatki medyczne			
Pozostałe wydatki			

** Powyższa tabela jest opcjonalna w przypadku pacjentów ubiegających się o pomoc w związku z leczeniem ambulatoryjnym.

Potwierdzenie złożenia wniosku do programów Missouri Health Net, Medicaid lub Marketplace

Pacjenci, którzy złożyli wnioski do programów Missouri Health Net, Medicaid lub Marketplace i nie otrzymali jeszcze odpowiedzi są proszeni o podanie daty i okręgu złożenia wniosku. Punkt ten można pominąć w przypadku przesłania listu odmownego wraz z wnioskiem.

Data złożenia wniosku

Okręg złożenia wniosku

NALEŻY DOŁĄCZYĆ POZOSTAŁE ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI FINANSOWEJ PACJENTA

OŚWIADCZENIE: Niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Złożę wniosek o wszelką dostępną pomoc stanową, federalną lub lokalną, do otrzymania której mogę być uprawniony(-a) w celu opłacenia rachunku za opiekę szpitalną. Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą zostać zweryfikowane przez CoxHealth. Upoważniam tę organizację do skontaktowania się ze stronami trzecimi w celu weryfikacji informacji przedstawionych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeżeli świadomie podam nieprawdziwe informacje, nie będę wówczas uprawniony(a) do otrzymania pomocy finansowej, a wszelka przyznana mi pomoc może zostać cofnięta, na skutek czego będę odpowiedzialny(-a) za zapłacenie rachunku(ów).

Podpis pacjenta/osoby upoważnionej:

Data:

Data wdrożenia: 1 kwietnia 2018 r. Wniosek o pomoc finansową - korekta z grudnia 2016 r.