



Aplikimi për asistencë financiare

Telefon: 417-269-0523 Springfield ose 417-348-8930 Branson ose 417-354-1118 Monett ose Cox Barton
County 417-681-5100

Email: FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

E rëndësishme: JU MUND TË KENI TË DREJTË PËR KUJDES ME ÇMIM TË ZBRITUR. Plotësimi i këtij aplikimi do të ndihmojë CoxHealth që të përcaktojë nëse mund të merrni shërbime me zbritje ose nëse kualifikoheni për programe të tjera publike që mund t'ju ndihmojnë të paguani për kujdesin tuaj shëndetësor.

NËSE NUK JENI I SIGURUAR, NUMRI I SIGURIMIT SOCIAL NUK KËRROHET PËR T'U KUALIFIKUAR PËR KUJDES ME ÇMIM TË ZBRITUR. Megjithatë, numri i sigurimit social kërkohet për disa programe publike, përfshirë Medicaid. Numri i sigurimit social nuk është i nevojshëm, por do të ndihmojë spitalin që të përcaktojë nëse ju kualifikoheni për ndonjë program publik.

Ju lutemi plotësoni këtë formular dhe dorëzoni në spital personalisht ose me postë në:

CoxHealth

Attn: Financial Counselors

P O Box 650

Branson, MO 65615

Faks 417-335-7071

ose me postë elektronike në FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com, për të aplikuar për kujdesin me çmim të zbritur brenda 240 ditëve pas datës së faturimit fillestar.

Pacienti pranon që ka bërë përpjekje me besim të mirë për të ofruar të gjitha informacionet e kërkuara në aplikim për të ndihmuar spitalin që të përcaktojë nëse pacienti ka të drejtë për ndihmë financiare.

INFORMACION PËR PACIENTIN		
Emri i pacientit	Data e lindjes	Nr. i sigurimit social të pacientit (Opsionale dhe nuk kërkohet)
Pacienti		Personi përgjegjës për faturë
Banor i Missouri në kohën e shërbimit? Po ____ Jo ____		Emri
Rruga		Rruga
Qyteti, Shteti ZIP		Qyteti, Shteti ZIP
Telefoni: ()		Telefoni: ()
Email:		Email:
Informacion për punësim		
Punëdhënësi i pacientit		Punëdhënësi i bashkëshortit/partnerit/kujdestarit
Rruga		Rruga
Qyteti, Shteti ZIP		Qyteti, Shteti ZIP
Telefoni: ()		Telefoni: ()
INFORMACIONE TË TJERA		
1. A ishte përfshirë pacienti në aksident që çoi në nevojën për shërbime?		Po ____ Jo ____
2. A ishte pacienti viktimë e një krimi që çoi në nevojën për shërbime?		Po ____ Jo ____
3. Numri i personave në familjen dhe/ose në shtëpinë e pacientit?		
4. Numri i personave të cilët janë vartës* të pacientit?		
5. Cilat janë moshat e vartësve* të pacientit?		
6. Në kohën e shërbimit ose më vonë, a ishte/është pacienti i shkurorëzuar apo i ndarë ose i përfshirë në një procedurë për zgjidhje të martesës?		Po ____ Jo ____
7. Në kohën e shërbimit ose më vonë, a ishte/është pacienti vartës i prindit që është i shkurorëzuar ose i ndarë ose i përfshirë në një procedurë për zgjidhje të martesës?		Po ____ Jo ____
8. Nëse po në cilëndo nga pyetjet 6 ose 7, atëherë kush është përgjegjës për kujdesin mjekësor të pacientit sipas marrëveshjes ose direktivave për shkurorëzim ose ndarje? Emri: _____ Marrëdhënia: _____ Adresa: _____ Qyteti, Shteti, Zip: _____		

Telefoni: ()

* Vartës do të thotë një i mitur ose çdo person i cili është i regjistruar si i varur në deklarinim për taksat federale të një personi tjetër.

NË SEKSIONIN MË POSHTË SHËNO TË GJITHA QË MBULOHEN NGA SIGURIMI DHE QË NDËRLIDHEN ME SHËRBIMIN E PRANUAR

Lloji i sigurimit	Emri i sigurimit	Numri i policës	Numri i grupit
Sigurimi shëndetësor			
Medicare			
Shtesë nga Medicare			
Medicaid			
Përfitimet e veteranëve			

TË ARDHURAT DHE SHPENZIMET MUJORE

Bashkëngjisni dokumentet vijuese si dëshmi e të ardhurave:

A. Formulari i fundit i taksave federale

B. Formulari i fundit W-2 dhe formularët 1099

C. Dy (2) çeqet e fundit të pagës

D. Verifikimi me shkrim i të ardhurave nga punëdhënësi nëse është paguar me para në dorë - nëse nuk

ka taksat federale ose W-2

E. Dëshmia e mosdepozitimit (Formulari IRS 4506)

**	Pacienti	Bashkëshort/Partner	Prindërit/Kujdestar
Paga mujore bruto			
Të ardhurat e vetëpunësimit			
Sigurimi social			
Invaliteti i sigurimit social			
Invaliteti privat			
Invaliteti i veteranëve			
Pensioni i veteranëve			
Papunësia			
Kompensimi i punëtorit			
Të ardhurat nga pensioni			
Përkrahja e fëmijëve			
Mbështetje ose përkrahje tjetër bashkëshortore			
Asistencë e përkohshme për nevojtarët Familjet (TANF)			
Tjetër, shëno			
SHPENZIMET		SHPENZIMI MUJOR	
Strehim			
Shërbimet (p.sh. telefoni, gazi, energjia elektrike, uji)			
Ushqimi			
Kujdesi për fëmijë			
Transporti			
Shpenzime mjekësore			
Shpenzime të tjera			

** Tabela e mësipërme është opsionale në qoftë se aplikoni për asistencë vetëm në lidhje me shërbimin ambulator.

Missouri Health Net, Medicaid ose konfirmimi i aplikimit në Marketplace

Nëse keni aplikuar për Missouri Health Net, Medicaid ose Marketplace dhe ende nuk keni marrë vendimin tuaj, ju lutemi shënoni më poshtë datën dhe qarkun ku keni aplikuar. Ju lutemi mos e merrni parasysh këtë nëse jeni duke e dërguar letrën tuaj të mospranimit bashkë me aplikimin tuaj.

Data e aplikimit

Qarku i aplikimit

SHTONI INFORMACIONE TË TJERA PËRKATËSE NË LIDHJE ME SITUATËN FINANCIARE

VËRTETIM: Unë vërtetoj se informacioni në këtë aplikim është i vërtetë dhe i saktë për atë që kam thënë. Unë do të aplikoj për çdo asistencë shtetërore, federale ose lokale për të cilën mund të kem të drejtë për ndihmë që të paguaj këtë faturë të spitalit. Unë e kuptoj se informacioni i dhënë mund të vërtetohet nga CoxHealth, dhe unë i autorizoj ata të kontaktojnë palë të treta për të verifikuar saktësinë e informacionit të dhënë në këtë aplikim. Unë e kuptoj se nëse me vetëdije jap informacione të pavërteta në këtë aplikim, unë nuk do të kam të drejtë për asistencë financiare, çfarëdo asistencë financiare që më është dhënë mund të anulohet, dhe unë do të jem përgjegjës për pagesën e faturave.