



ORTOPEDSKA BOLNICA U WISCONSINU ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Hvala vam što ste za svoje zdravstvene potrebe odabrali Ortopedsku bolnicu u Wisconsinu. Izrazili ste interes da aplicirate za program finansijske pomoći Ortopedske bolnice u Wisconsinu.

Da bi se vaš zahtjev uzeo u razmatranje, u našu kancelariju se moraju dostaviti sljedeća dokumenta:

- **popunjen zahtjev s potpisom i datumom**
- **dokaz o mjesečnom prihodu za pacijenta/jamca i supružnika, uključujući: sadašnje zaposlenje, pomoć za dijete, alimentaciju, naknadu za nezaposlene, naknadu za radnike, socijalnu pomoć, penziju, prihod od dobrovoljnog penzionog fonda, druge udjele ili dividende**
- **prihod od iznajmljivanja imovine**
- **dokaz o pomoći države, uključujući kupone za hranu, subvencionirano stanovanje ili specijalni program dopunske ishrane za žene, dojenčad i djecu (WIC)**
- **kompletnu kopiju najnovije podnesene federalne i savezne prijave o povratu poreza sa svim priložima**
- **trenutnu kopiju izvoda tekućeg računa i štednog računa koji prikazuje trenutni saldo**
- **dokaz o trenutnoj imovini, uključujući: CD (obrazac s detaljima o hipoteci za koju su se kupci odlučili), vrijednosne papire, životno osiguranje, drugi vlasnički kapital u nekretninama**
- **popunjeni dopis potvrde ako vam se pruža pomoć u svakodnevnim troškovima**

NE šalžite originalna prateća dokumenta.

Propust da se dostavi kompletan zahtjev i tražena prateća dokumentacija do utvrđenog datuma će rezultirati neposrednim odbijanjem.

Finansijska pomoć nije plan osiguranja. Finansijska pomoć može da pomogne kod računa Ortopedske bolnice u Wisconsinu za neosigurane pacijente. Odbijanje da podnesete zahtjev za državne programe za koje ispunjavate uslove će rezultirati neposrednim odbijanjem finansijske pomoći. Dobit ćete svoju odluku u roku od 10 dana od prijema popunjenog zahtjeva za finansijsku pomoć i prateće dokumentacije.

Finansijska pomoć ne pokriva sljedeće usluge:

- **odbitke osiguranja ili participacije**
- **troškove spora (pravne postupke kao što su naknade za radnike, saobraćajne nesreće, itd.)**
- **vanjske grupe za naplatu, uključujući druge bolnice, klinike, laboratorije, ljekarske usluge i hitnu pomoć.**

Pozovite 414-961-6803 ako imate pitanja.

Zahtjev za finansijsku pomoć Ortopedske bolnice u Wisconsinu

Da biste pružili informacije o dodatnom članu porodice ili zaposlenju porodice koristite poledinu zahtjeva

<u>MR broj i broj računa koji treba popuniti bolničko osoblje</u>	MR broj:	Broj(evi) računa:	
Navedite potpune i tačne sljedeće informacije. Informacije podliježu provjeri. Sva polja moraju biti popunjena, ako se nešto ne primjenjuje, navedite N/A			
Ime podnosioca zahtjeva (ime, srednje ime, prezime):	Broj socijalnog osiguranja:	Datum rođenja:	
Adresa:	Telefonski brojevi: mobilni: () kućni: () poslovni: ()		
Grad/savezna država/poštanski kod:	Da li ste obuhvaćeni planom zdravstvenog osiguranja? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
	Naziv osiguranja		
Ako ste u bračnom odnosu, navedite podatke o supružniku i svakom maloljetnom djetetu	Datum rođenja svakog:	Broj socijalnog osiguranja:	Odnos sa pacijentom:
1.			
2.			
3.			
Prihodi: mjesečno (pacijent i supružnik ako postoji bračni odnos) ili roditelji ako je podnosilac zahtjeva maloljetna osoba	Navedite dodatne poslodavce na poledini		
Prihod domaćinstva (prije oporezivanja) (W2 ili 1099) Uključuje prihod za nezaposlenost	\$	Poslodavac (podnosilac zahtjeva) ili roditelji (ako je maloljetna osoba)	Telefonski broj
Prihod od penzije/socijalnog osiguranja/invalidnine	\$	Datum angažovanja	Prekid radnog odnosa
Primljena pomoć za dijete/alimentacija Priložiti dokaz o mjesečnoj podršci	\$	Dodatni poslodavci u kalendarskoj godini	Telefonski broj
Prihod od iznajmljivanja imovine	\$	Datum angažovanja	Prekid radnog odnosa
Imovina: saldo na tekućem / štednom računu Ne uključujte salda za dobrovoljne penzione račune	\$		
Informacije o zaposlenju supružnika	Telefonski broj	Dodatne informacije o zaposlenju supružnika za kalendarsku godinu:	Telefonski broj
Datum angažovanja	Prekid radnog odnosa	Datum angažovanja	Prekid radnog odnosa

Potvrđujem da su gorenavedene informacije tačna i istinita izjava o mojim finansijskim informacijama. Takođe, potvrđujem da ne postoji dodatno osiguravajuće pokrivenje za ovog pacijenta osim onog koje je navedeno u vrijeme prijave. Razumijem da će pružanje lažnih informacija rezultirati odbijanjem zahtjeva za bilo koju finansijsku pomoć preko Ortopedske bolnice u Wisconsinu. Ako imam pravo na bilo koju radnju ili izmirenje od platilaca treće strane, poduzeću svaku radnju koja je potrebna ili je zahtjeva Ortopedska bolnica u Wisconsinu da bih dobio/la takav povrat i dodijeliću Ortopedskoj bolnici u Wisconsinu i po prijemu, platiću Ortopedskoj bolnici u Wisconsinu sve nadoknadene iznose do ukupnog iznosa neizmirenog stanja na mom računu. Moj propust da apliciram za takvu nadoknadu ili da nastavim s procesom apliciranja ili da poduzmem one mjere koje su razumno neophodne ili ih zahtjeva Ortopedska bolnica u Wisconsinu mogu rezultirati odbijanjem ovog zahtjeva. Takođe, ovlašćujem Ortopedsku bolnicu u Wisconsinu, ako je potrebno, da provjeri moju kreditnu historiju preko kreditnog biroa.

Popunjeni zahtjev se mora dostaviti do _____ da bi se uzeo u razmatranje.

**Poslati Ortopedskoj bolnici u Wisconsinu
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
Na ruke: Direktor finansija**

Zbog nedostajućih informacija nepotpun zahtjev može da bude odbijen i vraćen.

Potpis pacijenta (odgovornog lica)

Datum

Samo za administrativnu upotrebu

Potpis odobravaoca

Datum