

PROSIMY O PRZEDSTAWIENIE KOPII JEDNEGO Z PONIŻSZYCH WYMAGANYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH DOCHODY. PROSIMY O PODPISANIE WYPEŁNIONEGO WNIOSKU.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie 2 odcinków wypłaty za 30 dni dla wszystkich zgłoszonych dochodów<br><input type="checkbox"/> Kopie zaświadczeń o bezrobociu za 30 dni | <input type="checkbox"/> Pismo opisujące sytuację finansową (opcjonalne w placówkach NHSC)<br><input type="checkbox"/> Kopie świadczeń z ubezpieczenia społecznego (jeśli dotyczy) |
|--|--|

Złożyłeś/aś rozliczenie federalnych podatków dochodowych? Aby uzyskać kopię swoich rozliczeń podatkowych, zadzwoń pod numer 1-800-829-1040 (kopia oficjalna, **bez odroczenie wypełnianych formularzy**)  Tak – Proszę przesłać najnowsze federalne rozliczenia podatkowe i załączniki  Nie – Proszę wytłumaczyć dlaczego:

Złożyłem/am wniosek o federalną lub stanową pomoc medyczną lub będę się o nią ubiegać (**nie wymagane w placówkach NHSC**)

- Tak (proszę podać numer śledzenia przesyłki lub list odmowny)  Nie–Nie jestem obywatelem  Nie–Zbyt wysoki dochód  Nie - Inny powód, jaki? \_\_\_\_\_

INNE PRZYCHODY MIESIĘCZNE (Prosimy o dołączenie kopii dokumentów potwierdzających te dochody)

Inne	Pozostałe Przychody	Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy	Alimenty
Emerytura	Dochód z wynajmu	Świadczenia kombatanckie	Zasiłek dla bezrobotnych

AKTYWA-SZACOWANA WARTOŚĆ AKTYWÓW (**nie jest wymagane w placówkach NHSC**)

Rachunek bieżący	Fundusze inwestycyjne
Konto oszczędnościowe	Samochody lub inne pojazdy
Akcje	Konto oszczędnościowe na cele zdrowotne / Elastyczne konto oszczędnościowe
Certyfikaty depozytowe	Nieruchomości

WYDATKI MIESIĘCZNE (**nieobowiązkowe w placówkach NHSC**)

Mieszkanie	Opieka nad dzieckiem
Usługi komunalne	Pożyczki
Żywność	Koszty leczenia
Transport	Inne

Zgodnie z ustawą stanu Illinois o uczciwym rozliczaniu pacjentów (IL Fair Patient Billing Act), 77 I.A.C. Zgodnie z punktem 4500.30 organizacja OSF ma obowiązek gromadzić informacje dotyczące majątku i wydatków od pacjentów ubiegających się o pomoc finansową

PACJENT/STRONA ODPOWIEDZIALNA ZA PACJENTA (nie dotyczy placówek NHSC) Proszę zaznaczyć jedną opcję:  Samotny  Żonaty/zamężna  Wdowiec/wdowa  Rozwiedziony  W separacji prawnej (wymagane dokumenty potwierdzające)

Imię i nazwisko: (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko) \_\_\_\_\_ Numer ubezpieczenia społecznego (**nie wymagane w placówkach NHSC**): \_\_\_\_\_ Data urodzenia: (MM/DD/RRRR) \_\_\_\_\_

Adres pacjenta/strony odpowiedzialnej:

Numer telefonu:	Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Pełen etat <input type="checkbox"/> Pół etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudniony/a <input type="checkbox"/> Bezrobotny/a <input type="checkbox"/> Uczeń <input type="checkbox"/> Emeryt/ka	Częstotliwość wynagrodzenia: <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Dwa razy w miesiącu	Czy jest Pan/Pani ujęty/ujęta w innej deklaracji podatkowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, prosimy o przedstawienie deklaracji podatkowej osoby uwzględniającej.
-----------------	--	---	--

Wielkość gospodarstwa domowego: (Pacjent, współmałżonek i osoby na utrzymaniu)	Nazwa i adres pracodawcy
--	--------------------------

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR)	Bezrobotny/a: (MM/DD/RRRR) Od: _____ Do: _____	Średni miesięczny dochód brutto: (kwota przed opodatkowaniem) \$ _____	Miesięczne wynagrodzenie z tytułu świadczeń emerytalnych/rentowych spowodowanych niezdolnością do pracy: \$ _____
---------------------------------	---	---	--

Następujące informacje są potrzebne, ale nie są wymagane

Rasa: (niewymagane)	Pochodzenie etniczne: (niewymagane)	Płeć: (niewymagane)	Preferowany język: (nie wymagane)
---------------------	-------------------------------------	---------------------	-----------------------------------

MAŁŻONEK/MAŁŻONKA (jeśli dotyczy)

Proszę zaznaczyć jedno: Osoba samotna  Żonaty/Mężatka  Wdowa/Wdowiec  Rozwiedziony/Rozwiedziona  W legalnej separacji (**wymagana dokumentacja, z wyjątkiem placówek NHSC**)

Imię i nazwisko: (pierwsze i drugie imię oraz nazwisko) \_\_\_\_\_ Numer ubezpieczenia społecznego (**nie wymagane w placówkach NHSC**): \_\_\_\_\_ Data urodzenia: (MM/DD/RRRR) \_\_\_\_\_

Numer telefonu:	Status zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Pełen etat <input type="checkbox"/> Pół etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudniony/a <input type="checkbox"/> Bezrobotny/a <input type="checkbox"/> Uczeń <input type="checkbox"/> Emeryt/ka	Częstotliwość wynagrodzenia: <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Dwa razy w miesiącu	Czy jest Pan/Pani ujęty/ujęta w innej deklaracji podatkowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, prosimy o przedstawienie deklaracji podatkowej osoby uwzględniającej.
-----------------	--	---	--

Wielkość gospodarstwa domowego: (Pacjent, współmałżonek i osoby na utrzymaniu)	Nazwa i adres pracodawcy
--	--------------------------

Data zatrudnienia: (MM/DD/RRRR)	Bezrobotny/a: (MM/DD/RRRR) Od: _____ Do: _____	Średni miesięczny dochód brutto: (kwota przed opodatkowaniem) \$ _____	Miesięczne wynagrodzenie z tytułu świadczeń emerytalnych/rentowych spowodowanych niezdolnością do pracy: \$ _____
---------------------------------	---	---	--

Następujące informacje są potrzebne, ale nie są wymagane

Rasa: (niewymagane)	Pochodzenie etniczne: (niewymagane)	Płeć: (niewymagane)	Preferowany język: (nie wymagane)
---------------------	-------------------------------------	---------------------	-----------------------------------

OSOBY NA UTRZYMANIU w wieku poniżej 18 lat (jeśli osób na utrzymaniu jest więcej niż 3, należy użyć osobnej strony)

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Osoba ujęta jako osoba na utrzymaniu w zeznaniu podatkowym	
1.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Potwierdzam, że podane informacje są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Złożę lub zamierzam złożyć wniosek o federalną lub stanową pomoc, do której mogę być uprawniony/a, aby opłacić rachunek za leczenie w tym szpitalu (**nie wymagane w placówkach NHSC**). Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą zostać zweryfikowane przez szpital oraz upoważniam szpital do kontaktu z dowolnymi stronami trzecimi w celu zweryfikowania informacji podanych w niniejszym formularzu. Rozumiem, że jeśli świadomie podam w niniejszym formularzu nieprawdziwe informacje, nie będzie mi przysługiwać pomoc finansowa, jakakolwiek już przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta oraz będę zobowiązany/zobowiązana do pokrycia rachunku wystawionego przez szpital.

**ABY WNIOSK ZOSTAŁ ROZPATRZONY, MUSI BYĆ PODPISANY**

Podpis pacjenta/strony odpowiedzialnej	Data
--	------

## Drogi Pacjencie,

Rozumiemy, że niektórzy z naszych pacjentów potrzebują pomocy w opłaceniu kosztów leczenia i kwalifikujących się rachunków medycznych.

Informacje zawarte w niniejszym wniosku pomogą nam ustalić, czy kwalifikujesz się do uzyskania pomocy finansowej.

Jeśli masz pytania lub wątpliwości dotyczące naszego wniosku o pomoc finansową, możesz do nas zadzwonić pod numer (800) 421-5700 lub (309) 683-6750. Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu składania wniosku o zniżkę dla nieubezpieczonego pacjenta lub naszego procesu przyznawania pomocy finansowej można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego Stanu Illinois pod numerem 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Dziękujemy za obdarzenie OSF HealthCare zaufaniem w kwestii Twoich potrzeb z zakresu zdrowia i dobrego samopoczucia. To dla nas zaszczyt, że możemy Ci służyć z największą troską i miłością.



**OSF**  
HEALTHCARE

[www.osfhealthcare.org](http://www.osfhealthcare.org)

Prosimy o wypełnienie niniejszego wniosku i przesłanie do OSF HealthCare wymaganych dokumentów

OSF HealthCare Patient  
Financial Services [Usługi  
finansowe dla pacjentów OSF  
HealthCare] (Illinois i Michigan)

P.O. Box 1712  
Peoria, IL 61656-1701  
(800) 421-5700 lub  
(309) 683-6750  
Faks (309) 308-3963

OSF Home Infusion Pharmacy

Skrytka pocztowa 1712 Peoria,  
IL 61656-1701

[Apteka infuzji domowych OSF]  
OSF Home Medical Equipment  
[Domowy sprzęt medyczny OSF]

Apteka oferująca infuzje  
domowe: (800) 446-3009  
Sprzęt medyczny do użytku  
domowego: (877) 795-0416

**Prosimy o zwrot wypełnionego wniosku w ciągu 240 dni od otrzymania pierwszego rozliczenia. Można to zrobić w następujący sposób:**

- Prześlij wniosek przy użyciu swojego konta OSF MyChart. (Jeśli nie masz konta OSF MyChart, zadzwoń do naszego biura, aby uzyskać pomoc w jego założeniu.)
- Wejdź na stronę [osfhealthcare.org/billing](http://osfhealthcare.org/billing) i wyszukaj zakładkę „pomoc finansową”. Na tej stronie możesz wypełnić wniosek i przesłać wymagane dokumenty.
- Wdrukuj i wypełnij wniosek na papierze i wyślij go do nas wraz z kopiami dokumentów pocztą lub faksem albo przynieś je do dowolnej placówki OSF.

Aby ubiegać się o pomoc finansową, będziesz potrzebować **jednego** z następujących dokumentów:

- Kopia ostatniego rozliczenia podatkowego
- Kopie ostatnich formularzy W-2 i 1099
- Kopie 2 ostatnich odcinków wypłat
- Pisemne potwierdzenie dochodu od pracodawcy w przypadku wypłaty gotówką
- Inną rozsądną formę weryfikacji dochodów przez osoby trzecie, uznawaną za dopuszczalną przez Służbę Zdrowia OSF.

### Ważne:

#### MOŻESZ OTRZYMAĆ OPIEKĘ ZA DARMO LUB ZE ZNIŻKĄ:

Wypełnienie tego formularza pomoże OSF HealthCare określić, czy są jesteś uprawniony(-a) do otrzymania bezpłatnej lub tańszej opieki medycznej bądź czy kwalifikujesz się do innych programów publicznych, które pomogą w finansowaniu leczenia.

**W PRZYPADKU BRAKU UBEZPIECZENIA NIE TRZEBA  
PODAWAĆ NUMERU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO,  
ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO OTRZYMANIA  
BEZPŁATNEJ LUB TAŃSZEJ OPIEKI MEDYCZNEJ.**

Jednak numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany przez niektóre programy publiczne, na przykład Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikujesz się do programów publicznych.

Pacjent potwierdza, że dołożył wszelkich starań, aby przekazać we wniosku wszystkie wymagane informacje potrzebne szpitalowi do określenia, czy jest uprawniony do otrzymania pomocy finansowej.

Jeśli pacjent spełni wstępne warunki lub zostanie wstępnie zakwalifikowany na podstawie wysokości dochodów rodziny, to nie musi wypełniać części wniosku dotyczącej miesięcznych wydatków.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. OSF HealthCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. OSF HealthCare postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ  
OSF HEALTHCARE