

## Aplikacija za finansijsku pomoć

### PROGRAM FINANSIJSKE POMOĆI

Kao dio naše misije, "Metro Health" svesrdno želi ponuditi pristup kvalitetnoj zdravstvenoj njezi stanovnicima u našoj zajednici i prema svim našim pacijentima odnosi se dostojanstveno, s razumijevanjem i poštovanjem.

Naš Program finansijske pomoći nudi besplatne usluge, ili usluge po znatno nižim cijenama kvalifikovanim pacijentima koji ne mogu platiti dio ili cjelokupnu njegu. Naš Program finansijske pomoći nudi smanjenje troškova do 100 postotnog iznosa bolničkih/ljekarskih troškova pacijentima koji ispunjavaju uslove za kvalifikovanje za finansijsku pomoć.

Prilikom podnošenja aplikacije za finansijsku pomoć, Vaša saradnja je neophodna prilikom davanja informacija i popratne dokumentacije koja nam treba za donošenje nepristrasne i pravovremene odluke. Ako nam ne dostavite potpune i tačne informacije, Vaša aplikacija može biti odbačena ili odbijena bez mogućnosti revizije, a u tom slučaju ćete morati platiti cijeli račun.

Zbog osjetljive prirode ovih zahtjeva, sva komunikacija sa pacijentom ili članovima njegove porodice će biti strogo povjerljiva i obavljena uz potpuno razumijevanje.

Hvala vam što ste izabrali "Metro Health" za dobivanje zdravstvenih usluga. Veoma smo ponosni što ispunjavamo zdravstvene potrebe stanovnika u našoj lokalnoj zajednici!

*Kopije ove aplikacije možete dobiti na engleskom, španskom, arapskom, bosanskom, burmanskome, mandarinskom kineskom, nepalskom, kinjarvanda, korejskom, somalskom, svahili i vijetnamskom jeziku.*

Ovu aplikaciju za finansijsku pomoć trebate ispuniti tako da možemo utvrditi da li ste kvalifikovani za naš Program finansijske pomoći.

**NEMA GARANCIJE DA ĆETE SE KVALIFIKOVATI ZA FINANSIJSKU POMOĆ SAMO AKO ISPUNITE OVAJ OBRAZAC**

**Ako ne ispuniti ovaj paket s aplikacijom ili ga vratite bez tražene popratne dokumentacije, nećemo moći odrediti da li ste kvalifikovani za korištenje našeg Programa finansijske pomoći. U tom slučaju će i dalje biti Vaša odgovornost da platite cijeli iznos duga koji trebate platiti.**

**Ako Vam bude trebala pomoć prilikom popunjavanja ovog obrasca ili prikupljanja dodatnog materijala, molimo Vas da kontaktirate službenika za pomoć klijentima iz "Metro Health" putem telefona [616-252-7110](tel:616-252-7110) ili [1-800-968-0051](tel:1-800-968-0051).**

Da bi smo utvrdili da li se možete kvalifikovati za naš Program finansijske pomoći, molimo Vas da nam pošaljete sljedeću popratnu dokumentaciju skupa sa ovim ispunjenim paketom:

- ✓ Kopiju ličnog dokumenta s fotografijom (vozačka dozvola/lična karta).
- ✓ Prošlogodišnji obrazac 1040 za prijavu federalnog poreza na prihode, zajedno sa svim dobijenim obrascima W-2 i/ili 1099.
- ✓ Odreske od plate za zadnje dvije sedmice skupa sa ukupnim iznosima od početka godine do danas, ili odreske od plate za zadnja dva mjeseca bez ukupnih iznosa prihoda od početka godine do danas (ako platu primete u gotovini bez platnih odrezaka, molimo da nam dostavite potvrdu od poslodavca u pisanoj formi).
- ✓ Dokaz o prihodima iz drugih izvora kao što su povlastice za nezaposlene, invalidnine, prihodi od iznajmljivanja objekata, penzije, rente, kamate, i sl.
- ✓ Ako trenutno dobijate povlastice od socijalnog osiguranja, dostavite kopiju pisma o "iznosu povlastica."
- ✓ Kopije bankovnih izvještaja za čekovne i štedne račune, potvrde o depozitima, itd. za zadnja dva mjeseca.
- ✓ Kopiju sadašnjih računa za komunalije, telefon ili kablovsku televiziju za vaše sadašnje mjesto stanovanja.
- ✓ Ako ste učenik ili student, dostavite spisak kredita koje uzimate po semestru/časova i kopiju studentske identifikacione kartice.
- ✓ Ako na sljedećoj strani prijavite prihod od \$0, ispuniti Izjavu o izdržavanju (koja se nalazi na kraju ovog obrasca) za sve osobe koje izdržavaju vašu porodicu.

🔑 **NAPOMENA:** Ime i prezime koje se nalazi na ličnoj karti s fotografijom pacijenta mora biti identično onom koje se nalazi na platnom odresku i poreskim obrascima.

**Molimo Vas da nam što prije pošaljete ovu ispunjenu aplikaciju i traženu popratnu dokumentaciju. Aplikacija se neće pregledati sve dok ne primimo svu potrebnu popratnu dokumentaciju.**

Molimo Vas da kontaktirate službenika za odnose s klijentima na gore navedeni broj kako bi zakazali sastanak na licu mjesta ili preko telefona.

***U skladu sa Zakonom o zaštiti pacijenata i pristupačnoj njezi, svi pojedinci moraju imati zdravstveno osiguranje od 1. januara 2014. Naši službenici iz "Metro-a" će Vaam dati informacije o tome kako da aplicirate za zdravstveno osiguranje putem federalne razmjene osiguranja ako nazovete "www.marketplace.gov" i oni Vam mogu pomoći sa podnošenjem molbe.***

**APLIKACIJA ZA FINANSIJSKU POMOĆ**

MOLIMO VAS DA PIŠETE ŠTAMPANIM SLOVIMA. OBAVEZNO DOSTAVITE SVE TRAŽENE INFORMACIJE

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_

Ime i prezime supružnika: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Br. socijalnog osiguranja supružnika: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Broj računa pacijenta: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Poštanski br: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Br. članova domaćinstva (zakonski članovi porodice koje izdržavate, koje ste naveli na poreskoj prijavi)

Oženjen-a \_\_\_\_\_ Neoženjen-a \_\_\_\_\_ Razveden-a \_\_\_\_\_ Udovac(ica) \_\_\_\_\_

Ime I prezime \_\_\_\_\_ Srodstvo: \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Ime I prezime \_\_\_\_\_ Srodstvo: \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Ime I prezime \_\_\_\_\_ Srodstvo: \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Ime I prezime \_\_\_\_\_ Srodstvo: \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Ime I prezime \_\_\_\_\_ Srodstvo: \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Ime I prezime \_\_\_\_\_ Srodstvo: \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Ako nemate prihode, ko Vas izdržava? \_\_\_\_\_

Srodstvo: \_\_\_\_\_ Broj telefona: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Važeći troškovi:

Premije zdravstvenog osiguranja:	Računi za zdrav. usluge/troškove:
----------------------------------	-----------------------------------

Aplikacija za finansijsku pomoć (nastavak)

Da li bilo koji član Vaše porodice dobija bilo kakve prihode na osnovu zaposlenja ili samostalnog rada? Ako radi sam-a za sebe, uključite bilans uspjeha ili kopiju poreske prijave za prošlu godinu. [ ] Da [ ] Ne Ako je odgovor da, ispunite sljedeće	Ukupni mjesečni prihodi prije oduzimanja
Da li je osoba zaposlena	\$
Da li je osoba zaposlena	\$

Ostali prihodi. Uključite prihode svih članova porodice. Sve stavke se moraju ispuniti.			
VRSTA PRIHODA	Izaberite Da/Ne	MJESEČNI IZNOS	ČIJI SU PRIHODI
Povlastice od socijalnog osiguranja (PSO)	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Dodatni prihodi od vrijednosnih papira (DPVP)	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Umirovljeničke i penzije povlastice	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Povlastice za veterane	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Invalidnine	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Prihod od iznajmljivanja	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Radničke povlastice	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Alimentacija za djecu ili supružnike	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Povlastice za nezaposlene	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Vojne povlastice	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Udio od kasino-prihoda/distribucija	[ ] Da [ ] Ne	\$	
Drugo	[ ] Da [ ] Ne	\$	

Vaša sredstva: Uključiti sredstva svih članova porodice. Sve stavke se moraju ispuniti. **Priložite svu popratnu dokumentaciju.**

VRSTA SREDSTAVA	Označite Da/Ne	VRIJEDNOST SREDSTAVA
Gotovina koju ima-te, gotovina u sefu u banci ili u povjereničkom fondu pacijenta	[ ] Da [ ] Ne	\$
Štedni, čekovni i računi kod kreditnih sindikata	[ ] Da [ ] Ne	\$
Najamnina od stambenog prostora, nekretnina ili stamb. prostora s posjedovnim pravom	[ ] Da [ ] Ne	\$
Nekretnine (pored doma u kojem živite)	[ ] Da [ ] Ne	\$
Prihodi od hipotekarskih kredita, ugovora za zemlju ili drugih banknota koje prima član porodice	[ ] Da [ ] Ne	\$
Štednja, obveznice ili sredstva od prodaje na berzi	[ ] Da [ ] Ne	\$
Dionice ili uzajamni fondovi novca	[ ] Da [ ] Ne	\$
**Pojedinačni penzioni račun (IRA), KEOGH, 401K, 403b ili računi s odgođenom isplatom povlastica	[ ] Da [ ] Ne	\$
**IRA/401K/403b Podatci o kaznama zbog prijevremenog povlačenja sredstava		
Datum početka uplate/učešća u IRA, 401K, 403b, KEOGH ili dr. računima s odgođenom isplatom	Datum:	
Životno osiguranje (do kraja života)		\$
Anuiteti	[ ] Da [ ] Ne	\$
Automobili, kamioni, čamci i motori	[ ] Da [ ] Ne	\$ _____
Druga vozila (navedite svako pojedinačno)	[ ] Da [ ] Ne	\$ _____
Molimo da za svako od njih navedete proizvođača, model, godinu proizvodnje i miljažu	[ ] Da [ ] Ne	\$ _____
	[ ] Da [ ] Ne	\$ _____
Certifikati o depozitima (C.D.) ili štednji	[ ] Da [ ] Ne	\$
Povjerenički fond (trust)	[ ] Da [ ] Ne	\$
Da li ste ove godine platili zdravstvene troškove u većem iznosu od 7,5% vašeg modifikovanog bruto-prihoda?	[ ] Da [ ] Ne	
Mjesto za ukop	[ ] Da [ ] Ne	

*Ovim putem potvrđujem da su informacije koje sam dostavio-la na ovoj aplikaciji i u traženoj dokumentaciji tačne i vjerodostojne onoliko koliko mi je to najbolje poznato. Aplicirat ću za bilo kakvu federalnu, državnu ili lokalnu pomoć za koju se mogu kvalifikovati kao za vid pomoći koji će mi pomoći da otplatim troškove zdravstvene njege. Jasno mi je da Bolnica "Metro Health" može provjeriti informacije koje dostavljam i ovim putem dajem saglasnost da se mogu kontaktirati treća lica radi provjere tačnosti dobivenih podataka. Jasno mi je da mogu izgubiti pravo na finansijsku pomoć, da se bilo kakva finansijska pomoć koja mi je dodijeljena može opozvati i da ću morati platiti zdravstvene račune ukoliko dam netačne ili djelimične podatke na ovoj aplikaciji.*

Potpis podnosioca aplikacije \_\_\_\_\_ Datum podnošenja \_\_\_\_\_

Ispunjenu aplikaciju s popratnom dokumentacijom možete dostaviti na ove načine:

- Lično ih predati:
  - Predstavniku "Metro Health"
  - Finansijskom savjetniku ili blagajniku u lobiju Bolnice "Metro Health" ili na prijavnici za pacijente/šalteru za odjavu.
- Poštom na adresu "Metro Health Hospital", na ruke: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- E-mailom [CustomerService@metrogr.org](mailto:CustomerService@metrogr.org).



**IZJAVA O IZDRŽAVANJU**

Ako ste prijavili da Vam je mjesečni prihod \$0, molimo Vas da osoba(e) koje pomažu Vama i/ili Vašoj porodici ispune Izjavu o izdržavanju. U bilo kojem drugom slučaju, preskočite ovaj dio.

**Izjava o izdržavanju**

(Izjavu treba ispuniti osoba koja izdržava podnosioca aplikacije)

Napišite štampanim slovima puno ime i prezime: \_\_\_\_\_ Telefon # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski br. \_\_\_\_\_

Broj socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Podnosilac aplikacije me je naveo kao osobu koja ga finasijski izdržava. Dole je spisak usluga koje mu pružam.

---

---

---

---

---

---

---

---

Ovim putem dajem izjavu i potvrđujem da su sve gore navedene informacije tačne i vjerodostojne onoliko koliko mi je najbolje poznato i u što vjerujem. Jasno mi je da potpisivanjem ove izjave nemam obavezu snositi obavezu plaćanja zdravstvenih finasijskih troškova pacijenta.

Potpis: \_\_\_\_\_

\*\*\* Molimo Vas priložite dokaz o mjestu stanovanja, kao što su kopije računa za komunalne usluge s Vašom trenutnom adresom koja nije starija od 60 dana od datuma dobijanja bolničkih usluga.