



IS NOW PART OF



University Hospitals

PRIJAVA ZA OSIGURAVANJE BOLNIČKE SKRBI/ PRIJAVA ZA FINANCIJSKU POMOĆ OSOBAMA BEZ OSIGURANJA

Ime pacijenta: _____ Broj zdravstvenog kartona: _____ Broj računa: _____

Adresa: _____ Mjesec usluge: _____ Intervjuirani član obitelji: _____

Grad: _____ Datum rođenja pacijenta: _____ Odgovorna strana: _____

Država: _____ Poštanski broj: _____ Br. telefona pacijenta: _____ Odnos s pacijentom: _____

Jeste li stanovnik države Ohio? Da NeImate li zdravstveno osiguranje koje pokriva ove usluge? Da Ne Ako je odgovor da, unesite informacije u nastavku i priložite kopiju kartice osiguranja

Naziv osiguravajuće tvrtke _____ Br. police _____ Br. grupe _____

Primate li potporu Medicaid? Da Ne Ako je odgovor da, unesite br. računa _____ za fakturiranje i priložite kopiju kartice MedicaidPrimate li invalidninu (DA)? Da Ne Ako je odgovor da, unesite br. računa za fakturiranje _____ i priložite kopiju DA kartice**Navedite sve članove obitelji (uključujući i sebe). Dodatni članovi obitelji se mogu navesti na priloženom listu papira. Članovi obitelji uključuju roditelje, bračne drugove i djecu (rođenu ili posvojenu) mlađu od osamnaest (18) godina koji žive u istom kućanstvu s pacijentom. Dohodak uključuje bruto (prije oporezivanja) plaće, dohodak od najma, naknadu za nezaposlenost, naknade iz socijalnog osiguranja, javnu pomoć itd.**

Članovi obitelji	Dob	Srodstvo s pacijentom	Izvor prihoda (Naziv poslodavca)	Prihodi u 3 mjeseca koji prethode datumu usluge	Prihodi u 12 mjeseca koji prethode datumu usluge
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
UKUPNO					

DOKUMENTACIJA KOJA POTVRĐUJE DOHODAK KUĆANSTVA: Uključite sve dokumente koji dokazuju vaš dohodak kućanstva za tri (3) mjeseca ili dvanaest (12) mjeseci prije datuma usluge. To može uključivati vaš W-2s, pismo o dodjeli socijalnog osiguranja, platne liste i pismo poslodavca. SAMO ya samozaposlene: Dohodak Prijava za porez i dodaci su prihvatljivi. Ako niste predali poreznu prijavu, možete nazvati broj 1-800-829-1040 kako biste dobili Pismo dokaza o neprijavlivanju poreza od porezne službe (IRS). **Ako članovi obitelji nemaju dohodak tijekom navedenih vremenskih razdoblja, označite „NIŠTA“ kao izvor dohotka, te upišite \$0,00 kao dohodak. Ako ste prethodno naveli prihod od 0,00 USD ili bez prihoda, navedite kratko objašnjenje kako ste se (ili kako se pacijent) tijekom gore navedenog razdoblja financijski održali:****Potvrđujem da su odgovori u ovoj prijavi točni, i shvaćam da je svjesno davanje lažnih informacija u svrhu iskorištavanja državnih potpora protuzakonito.**

Potpis podnositelja: _____ Datum ispunjavanja: _____

Dodatni članovi obitelji se mogu dodati na poleđini ovog lista. Ova prijava vrijedi samo trideset (30) dana. Za svaki mjesec u kojem se pruža usluga je potrebna nova ili ažurirana prijava. Vratite sve prijave za financijsku pomoć Službi za financijsku pomoć pacijentima na HCAP@lakehealth.org ili na adresu 7590 Auburn Rd., Concord Twp., OH 44077, odnosno bilo koju lokaciju tvrtke Lake Health.