

## KËRKESË KONFIDENCIALE PËR PROGRAMIN E SIGURIMIT TË KUJDESIT SPITALOR (HCAP) ose NDIHMË FINANCIARE

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

Personale & Konfidenciale

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Garantuesi:** Guarantor smarttext

**Numri i çështjes** smarttext

**Pacientët e përfshirë në çështjen:**

- smarttext patient name(s)

I/e nderuar, patient name smarttext

Faleminderit që zgjodhët RHM smarttext si ofruesin tuaj të kujdesit shëndetësor. Ju lutemi plotësoni aplikimin e bashkangjitur dhe dërgojeni në adresën e mëposhtme për të përfunduar vlerësimin e ndihmës suaj financiare.

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi kontaktoni Qendrën e Shërbimit të Klientit në 800-494-5797, nga e hëna në të premte nga ora 9:00 e mëngjesit deri në 5:00 pasdite me orën lindore.

Me respekt,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Në emër të RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

**KËRKESË KONFIDENCIALE PËR PROGRAMIN E SIGURIMIT TË KUJDESIT SPITALOR (HCAP) ose NDIHMË FINANCIARE**

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

**Ju lutemi plotësoni dhe nënshkruani formularin e aplikimit dhe kthejeni brenda 10 ditëve duke përfshirë kopjet e mëposhtme:**Verifikimet e kërkuara

- Dëshmi e të ardhurave bruto të muajit të kaluar  Tre muajt e kaluar Prova e të Ardhurave Bruto (nëse aplikon për HCAP)
- Pasqyra të plota bankare të dy muajve të fundit për të gjitha llogaritë bankare, me të gjitha faqet e përfshira (shpjegim për depozitat e përsëritura)
- Deklaratat e fundit tatimore (formulari 1040 me planin C, E ose F) ose Deklaratat tre mujore të fitimit dhe humbjes (për të vetëpunësuarit/vartësit)

Siguroni sa vijon, nëse është e aplikueshme

- W2 e fundit për të ardhurat sezonale
- Letër e Përfitimit/Mohimit të Papunësisë
- Të ardhurat për mbështetjen e fëmijës/Bashkëshortore
- Pa të ardhura – Pjesa e aplikimit "Letër e plotë e mbështetjes financiare"

**Informacioni i pacientit**

Emri i pacientit		Datëlindja			
Numri i sigurimeve shoqërore/EIN (opsionale)		Celular		Telefon tjetër	
Adresa postare		Qyteti		Shteti	Kodi postar
Adresa e emailit		Në cilin shtet jeni banor?			
Gjendja civile <input type="checkbox"/> Beqar/e <input type="checkbox"/> Martuar <input type="checkbox"/> Divorcuar <input type="checkbox"/> Tjetër _____					
Data (s) e shërbimit spitalor: Nga _____ deri në _____					
A bëni një deklaratë tatimore federale? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo Nëse jo, pse?			A mund të pretendoheni si i varur nga deklarata tatimore e dikujt tjetër? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo		
A keni pasur ju ose vartësit tuaj mbulim të sigurimit shëndetësor në kohën e shërbimit? [ <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo (Jepni kopjen e kartës së sigurimit)					
A jeni banor i dokumentuar i Shteteve të Bashkuara? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Preferoj të mos përgjigjem					
Anëtarët e familjes, duke përfshirë edhe veten tuaj bazuar në kthimet tuaja të fundit të taksave	Data e lindjes	Marrëdhënia me pacientin	Të ardhurat për 3 muaj para shërbimit spitalor	Të ardhura për 12 muaj para shërbimit spitalor	Pretendohet për kthimin e taksave (Y/N)
(Pacienti)		Vetë			

**KËRKESË KONFIDENCIALE PËR PROGRAMIN E SIGURIMIT TË KUJDESIT SPITALOR (HCAP) ose NDIHMË FINANCIARE**

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

<b>Verifikimi i të ardhurave për të gjithë anëtarët e familjes</b>					
Burimi i të ardhurave mujore	Kush e merr këtë?	Të ardhurat mujore bruto (para taksave)	Burimi i të ardhurave mujore	Kush e merr këtë?	Të ardhurat mujore bruto (para taksave)
Pagat			Kompensimi i punëtorëve		
Sigurimet Shoqërore/Invaliditeti			Papunësia		
Pensioni			Mbështetja e fëmijës/		
Vetëpunësimi			Të ardhura nga toka me qira		
Ndihma Publike			Të tjera		
<b>Letra e mbështetjes financiare - Duhet të plotësohet vetëm nga personi që ofron mbështetje</b>					
<input type="checkbox"/> Unë siguroj më shumë se 50% mbështetje për shpenzimet e jetesës së pacientit, por nuk jam në gjendje të ndihmoj me faturat mjekësore.					
<input type="checkbox"/> Me nënshkrimin e kësaj letre, verifikoj që deklarata e mësipërme është e saktë dhe se në asnjë mënyrë nuk do të mbaj përgjegjësi për faturat e pacientit. Nëse keni pyetje, ju lutem më kontaktoni në _____ (Numri i telefonit)					
<b>Emri i personit që siguron mbështetje</b>				<b>Marrëdhënia me pacientin</b>	
<b>Nënshkrimi i personit që siguron mbështetje</b>				<b>Data</b>	

**VERIFIKIMI I TË ARDHURAVE DHE IDENTIFIKIMI**

Vërtetoj se informacioni i listuar në këtë aplikim është i vërtetë dhe i plotë për atë që unë. Unë e kuptoj që informacioni i dhënë i nënshtrohet verifikimit. Unë do të jem përgjegjës për shlyerjen e çdo shërbimi të ofruar në filialet e Trinity Health nëse informacioni i mësipërm jepet nën pretendime të rreme

Nënshkrimi i pacientit : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

Ose nënshkrimi i kujdestarit ligjor (nëse aplikohet): \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

Marrëdhënia me pacientin : \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Ju lutemi dërgoni aplikimin tuaj me postë në adresën e mësipërme, faksoni në 312-871-3350 dhe ose ngarkoni dokumente përmes MyChart (Portali i Pacientëve) -<https://mychart.trinity-health.org/MyChart>**  
**Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi kontaktoni Qendrën e Shërbimit të Klientit në 800-494-5797 nga e hëna deri të premten, nga 9 e mëngjesit deri në 5 pasdite me orën lindore.**