

POVJERLJIVA PRIJAVA ZA PROGRAM OSIGURANJA BOLNIČKE SKRBI (HCAP) ili FINANCIJSKA POMOĆ

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health

Osobno i povjerljivo

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

Jamac: Guarantor smarttext

Predmetni broj: smarttext

Pacijenti uključeni u slučaj:

- smarttext patient name(s)

Poštovani / Poštovana patient name smarttext,

Zahvaljujemo što si odabrali RHM smarttext Vašeg pružatelja zdravstvenih usluga. Molimo, ispunite priloženi zahtjev pa se vratite se na adresu ispod kako biste dovršili procjenu svoje financijske pomoći.

Ako imate pitanje, obratite se našem Centar za korisničku podršku na 800-494-5797, od ponedjeljka do petka između 9:00 do 17:00 Istočno vrijeme.

S poštovanjem,

Financijske usluge za pacijente Trinity Health Enterprisa

U ime RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

POVJERLJIVA PRIJAVA ZA PROGRAM OSIGURANJA BOLNIČKE SKRBI (HCAP) ili FINANCIJSKA POMOĆ

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health

Molimo ispunite i potpišite obrazac za prijavu pa vratite ga u roku od 10 dana uključujući kopije sljedećeg:Obvezane provjere

- Dokaz o bruto prihodu u proteklih mjesec dana Protekla tri mjeseca Dokaz o bruto dohotku (ako se prijavljujete za HCAP)
- Prošla dva mjeseca Potpuni bankovni izvodi za sve bankovne račune, sa svim uključenim stranicama (objašnjenje za ponavljajuće depozite)
- Nedavne porezne prijave (obrazac 1040 s Prilogom C, E ili F) ili tromjesečni izvještaji o dobiti i gubitku (za samozaposlene / uzdržavane osobe)

Navedite sljedeće, ako je primjenjivo

- Nedavni W2 za sezonski prihod
- Naknada za nezaposlene / Pismo odbijanja
- Prihod od uzdržavanja djeteta / alimentacija
- Bez prihoda – ispunite dio aplikacije s pismom financijske potpore

Podatci o pacijentu

Ime pacijenta		Nadnevak rođenja			
Broj socijalnog osiguranja / Broj EIN-a (nije izborna)		Mobitel		Drugi mobitel	
E-adresa		Grad	Država	Poštanski broj	
Adresa e-pošte		U kojoj ste državi stanovnik?			
Bračni status <input type="checkbox"/> Nevjenčan(a) <input type="checkbox"/> Vjenčan(a) <input type="checkbox"/> Razveden(a) <input type="checkbox"/> Ostalo _____					
Datum (datumi) bolničke službe: od _____ do _____					
Podnosite li federalnu poreznu prijavu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ne, zašto?			Može li Vas se smatrati ovisnim na temelju tuđe porezne prijave? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Jeste li Vi ili Vaši uzdržavane osobe imali zdravstveno osiguranje u vrijeme službe? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Dostavite kopiju kartice osiguranja)					
Jeste li dokumentirani stanovnik SAD-a? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Radije ne bih odgovorio					
Članovi kućanstva, uključujući i vas na temelju vaših nedavnih poreznih prijava	Datum rođenja	Odnos s pacijentom	Prihod 3 mjeseca prije bolničke službe	Prihodi 12 mjeseci prije bolničkog staža	Claimed on Tax Return (Y/N)
(Pacijent)		biće			

POVJERLJIVA PRIJAVA ZA PROGRAM OSIGURANJA BOLNIČKE SKRBI (HCAP) ili FINANCIJSKA POMOĆ

Za bolničke i profesionalne usluge koje pružaju ustanove i liječnici Trinity Health

Provjera prihoda za sve članove kućanstva

Mjesečni izvor prihoda	Tko ovo prima?	Bruto mjesečni prihod (prije oporezivanja)	Mjesečni izvor prihoda	Tko ovo prima?	Bruto mjesečni prihod (prije oporezivanja)
Plaće			Naknada radnicima		
Socijalna sigurnost / Invaliditet			Nezaposlenost		
Mirovina			Udržavanje djeteta / alimentacija		
Samozapošljavanje			Prihod od zakupa zemljišta		
Javna pomoć			Ostalo		

Pismo financijske potpore - treba ga ispuniti samo osoba koja pruža potporu

- Pružam više od 50% potpore za pacijentove životne troškove, ali ne mogu pomoći s medicinskim računima. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- Potpisivanjem ovog pisma potvrđujem da je gornja izjava točna i da ni na koji način neću biti odgovoran za račune pacijenata. Ako imate pitanja, obratite me se na _____ (telefonski broj)

Ime osobe koja pruža podršku

Odnos prema pacijentu

Potpis osobe koja pruža podršku

Nadnevak

PROVJERA PRIHODA I IDENTIFIKACIJA

Potvrđujem da su podaci navedeni u ovoj prijavi istiniti i potpuni koliko sam je svestan. Razumijem da su navedeni podaci podložni provjeri. Bit ću odgovoran za otplatu svih usluga pruženih u podružnicama Trinity Health ako su gore navedene informacije dane pod lažnim izgovorom.

Potpis pacijenta : _____ Nadnevak : _____

Ili potpis zakonskog skrbnika (ako je primjenjivo): _____ Nadnevak : _____

Odnos prema pacijentu : _____ Nadnevak : _____

Pošaljite svoju prijavu poštom na gore navedenu adresu, faksirajte na 312-871-3350 ili prenesite dokumente putem MyChart (Portal za pacijente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Ako imate pitanje, obratite se našem Centar za korisničku podršku na 800-494-5797 od ponedjeljka do petka, od 9.00 do 17.00 Istočno vrijeme.