



Pénzügyi támogatás iránti kérelem – Útmutató

Az orvosi szempontból szükséges szolgáltatások tekintetében pénzügyi támogatást nyújtunk az arra jogosult betegek számára.

A pénzügyi támogatás iránti jogosultság meghatározása a (Szövetségi Közlönyben évente közzétett) Szövetségi Szegénységi Irányelvek rendelkezésein alapul. Azon betegek folyamodhatnak pénzügyi támogatásért, akik a kérelemben feltüntetik, hogy nem rendelkeznek biztosítással, illetve semmilyen egyéb segítségben nem részesülnek az orvosi szempontból szükséges szolgáltatások kifizetését illetően.

A pénzügyi támogatásért folyamodó betegeknek előzőleg KI KELL meríteniük a szövetségi, állami és helyi szinten rendelkezésre álló valamennyi kormányzati program (Medicaid, Állami Egészségügyi Tervek stb.) jelentette támogatási lehetőséget, valamint igazolniuk kell az azok igénybevételére irányuló kérelmeiket, és/vagy a vonatkozó kérelmek elutasítását a McLaren Health Care számára.

KÉRJÜK, HOGY A KÖVETKEZŐ DOKUMENTUMOKAT JUTTASSA VISSZA:

- KITÖLTÖTT KÉRELEM PÉNZÜGYI TÁMOGATÁS IRÁNT (a hiányos kérelmek elbírálására nincs lehetőség)
- **AZ ÉRINTETT HÁZTARTÁS JÖVEDELMÉNEK IGAZOLÁSA** (A 2 LEGUTÓBBI FIZETÉST IGAZOLÓ SZELVÉNY, BANKSZÁMLAKIVONAT VAGY EGYÉB IGAZOLÁS)
- **JÖVEDELEMIGAZOLÓ ŰRLAP** (HA JELENLEG SEMMILYEN JÖVEDELEMMEL NEM RENDELKEZIK)
- **A LEGUTOLSÓ BENYÚJTOTT ADÓBEVALLÁS MÁSOLATA**
- **FELHÍVJUK FIGYELMÉT, HOGY AMENNYIBEN BÁRMELYIK DOKUMENTUM ELÉRHETETLEN,**

a McLaren Health Care a pénzügyi támogatás iránti kérelem elbírálása érdekében további pénzügyi dokumentumok benyújtását igényelheti.

KÉRJÜK, HOGY A KITÖLTÖTT KÉRELMEZ ÉS AZ IGAZOLÁS CÉLJÁRA SZOLGÁLÓ DOKUMENTUMOKAT TIZENNÉGY (14) NAPON BELÜL JUTTASSA EL AZ ALÁBBI CÍMRE:

McLaren Corporate Services
Címzett: Revenue Cycle Operations
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

Ha kérdése van, vagy segítséget igényel a kérelem kitöltéséhez, kérjük, lépjen velünk kapcsolatba:

Patient Financial Services
Customer Services Department

(betegek részére nyújtandó pénzügyi szolgáltatások ügyfélszolgálati osztálya:
(844) 321-1557



HEALTH CARE

Jövedelemigazoló űrlap

Ezt az űrlapot kizárólag akkor mellékelje, ha a pénzügyi támogatást igénylő személy nem rendelkezik jövedelemmel.

Az összes mezőt úgy kell kitölteni, hogy az űrlap érvényes legyen.

Kérelmező neve:	A kérelmező jelenlegi lakcíme:
-----------------	--------------------------------

A kérelmező jövedelemigazolása

Én, _____, ezennel igazolom, hogy sem szerzett, sem pedig befektetésből származó jövedelemmel nem rendelkezem. Engedélyezem, hogy a McLaren Health Care ellenőrizze ezt a nyilatkozatomat. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a McLaren Health Care úgy értesül, hogy szerzett, illetve befektetésből származó jövedelemmel rendelkezem, kizárnak a pénzügyi támogatásban részesülők köréből.

Jelenleg a következő támogatásokban részesülök (az alapvető kiadások fedezetének listája élelmiszer, ruházkodás, lakhatás, a támogatást nyújtó magánszemélyek nevének feltüntetésével együtt):

Tudomásul veszem, hogy a McLaren Health Care képviselője a megadott információk ellenőrzése érdekében kapcsolatba léphet az általam feltüntetett magánszemélyekkel.

Aláírás

A kérelmező aláírása: _____

Név nyomtatott betűkkel: _____

Dátum: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Region | <input type="checkbox"/> McLaren Homecare Group |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Special Care | <input type="checkbox"/> McLaren-Lapeer Region |
| <input type="checkbox"/> McLaren Cancer Institute | <input type="checkbox"/> McLaren-Macomb |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Central Michigan | <input type="checkbox"/> McLaren Medical Group |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Clarkston | <input type="checkbox"/> McLaren-Oakland |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Flint | <input type="checkbox"/> McLaren-Orthopedic |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Greater Lansing | <input type="checkbox"/> Hospital Northern Michigan Regional Hospital |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Care | <input type="checkbox"/> Egyéb _____ |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Plan | |

Pénzügyi támogatási kérelem

Teljes egyenleg esedékes _____ Számlaszám _____.

Beteg neve _____ Társadalombiztosítási szám _____ Születési dátum _____

Lakcím _____ Város _____ Állam _____ Irányítószám _____

Otthoni telefonszám _____ Másodlagos telefonszám _____

Felelős fél neve (kezes) _____ Társadalombiztosítási szám _____ Születési dátum _____

Munkáltató _____ Munkahelyi telefonszám _____

Kérjük, jelöljön meg egyet: Aktív foglalkoztatott Egyéni vállalkozó Munkanélküli Nyugdíjas Rokkant

Ha foglalkoztatott, foglalkoztatás mértéke: Teljes munkaidőben Részmunkaidőben Alkalmanként Átlagos munkaóraszám/hét _____

Házastárs neve _____ Társadalombiztosítási szám _____ Születési dátum _____

Házastárs munkáltatója _____

Kérjük, jelöljön meg egyet: Aktív foglalkoztatott Egyéni vállalkozó Munkanélküli Nyugdíjas Rokkant

Ha foglalkoztatott, foglalkoztatás mértéke: Teljes munkaidőben Részmunkaidőben Alkalmanként Átlagos munkaóraszám/hét _____

Eltartott személyek nevei és életkoruk (Önmagát és házastársát is beleértve) _____

MEGTAKARÍTÁS (letétjegy, pénzpiac, egyéni nyugdíjszámla), folyószámla és hitelszövetkezeti számla

Bank neve	Város	Bankszámla típusa	Egyenleg

Saját tulajdonú ingatlanban él? Igen Nem Ha igen, válasszon az alábbiak közül.

Áll-e a tulajdonában egyéb ingatlan? Jármű, lakóautó, egyéb ingatlan Igen Nem Ha igen, válasszon az alábbiak közül.

VAGYONTÁRGYAK

Vagyontárgy - Ingatlan, jármű stb.	Piaci érték	Fennálló hitel összege

A HÁZTARTÁS HAVI JÖVEDELME ÉS KIADÁSAI

Jövedelmi tétel	Összeg (havi)	Kiadási tétel	Összeg (havi)
A háztartás teljes bruttó kifizetése		Lakbér/jelzálog	
Társadalombiztosítási járulékalapot képező jövedelem		Ingatlanadó	
Kamatbevétel		Gépjármű	
Bérbeadásból származó jövedelem		Biztosítás: Ingatlantulajdonosok	
Feleségtartási díj		Biztosítás: Gépjármű	
Gyermektartás		Biztosítás: Egészségbiztosítás	
Nyugdíj		Biztosítás: Életbiztosítás	
Általános támogatás		Közüzemi díjak	
Munkanélküli segély		Bevásárlás	
Állami/szövetségi támogatás		Üzemanyag	
Mások általi hozzájárulás		Egészségügyi kiadások	
Földbérleti szerződésből származó jövedelem		Feleségtartási díj/gyermektartás	
Munkavállalói kártérítés		Egyéb	
Katonai szolgálat utáni családi juttatás		Egyéb	
Egyéb (nevezze meg)		Egyéb	

ÁRUVÁSÁRLÁSI HITEL ÉS HITELKÁRTYÁK

Hitelező	Egyenleg szerinti tartozás	Havonta fizetendő összeg

Összes bevétel	Összes kiadás

Kérjük, hogy a jövedelmével és a kiadásaival kapcsolatos minden olyan további dokumentumot mellékeljen kérelméhez, mely az igénylés szempontjából lényeges.

Ezennel kijelentem, hogy a fenti adatok a legjobb tudomásom szerint megfelelnek a valóságnak. Felhatalmazom a McLaren Health Care Corporation (MHCC) társaságot, illetve annak leányvállalatait, hogy vizsgálják meg az általam szolgáltatott adatok hiánytalanságát és pontosságát. Továbbá az említett adatok MHCC és leányvállalatai részére történő rendelkezésre bocsátását is engedélyezem. Tudomásul veszem, hogy az MHCC, mint jótékonyági szervezet kedvezményes vagy ingyenes ellátásban részesíthet engem. Tudomásul veszem továbbá, hogy a döntéshozatali eljárás részeként személyemre vonatkozó hiteljelentést is igényelhetnek.

A beteg, illetve a felelős fél aláírása _____
Dátum

A házastárs aláírása _____
Dátum

A jóváhagyások hat hónapig hatályosak. Ezt követően frissített információk szükségesek a jövőbeli szolgáltatások igénybevételéhez. A fennálló kötelezettségek vonatkozásában új fizetési megállapodások megkötése szükséges, melyeket az MHCC saját mérlegelési jogkörén belül újraértékelhet.

JÓVÁHAGYVA ELUTASÍTVÁ CÉGSZERŰ ALÁÍRÁS _____
DÁTUM

AZ ELUTASÍTÁS INDOKA: