



Informacje dotyczące wniosku o pomoc finansową

Zapewniamy pomoc finansową kwalifikującym się pacjentom na usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Kryteria przyznania pomocy finansowej są oparte na federalnych wytycznych dotyczących granicy ubóstwa (publikowanych co roku w Rejestrze federalnym). Pacjenci, którzy wykażą, że nie mają ubezpieczenia ani żadnych innych środków na pokrycie kosztów usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia, mogą wystąpić o pomoc finansową.

WYMAGANE DOKUMENTY

- **KOMPLETNIIE WYPEŁNIONY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ** (wnioski niewypełnione dokładnie i kompletnie nie będą rozpatrywane)
- **POTWIERDZENIE DOCHODÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO**
Mieszkańcy stanu Michigan: ostatnie 4 paski wypłaty i 2 wyciągi z konta bankowego lub inne potwierdzenie dochodów
Mieszkańcy stanu Ohio: potwierdzenie dochodów za 3 miesiące
- **FORMULARZ WERYFIKACJI DOCHODU (JEŚLI CHWIŁOWO WNIOSKODAWCA NIE MA ŻADNYCH DOCHODÓW)**
- **KOPIA OSTATNIEGO FEDERALNEGO ROZLICZENIA PODATKOWEGO**
- **PROSZE ZAZNACZYĆ, JEŚLI JAKIEKOLWIEK DOKUMENTY SĄ NIEMOŻLIWE DO UZYSKANIA**

McLaren Health Care może zwrócić się o dodatkowe dokumenty finansowe niezbędne do analizy wniosku o pomoc finansową.

**KOMPLETNIIE WYPEŁNIONY WNIOSEK NALEŻY ZWRÓCIĆ
WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI W CIĄGU CZTERNASTU (14) DNI DO:**

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations-Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

LUB FinancialAssistance@mclaren.org

**Wszystkie wymagane informacje muszą być dostarczone, aby wniosek o pomoc finansową był rozpatrywany.
Dodatkowe pytania lub prośbę o pomoc w wypełnieniu wniosku prosimy kierować do:**

Patient Financial Services
Customer Services Department
(844) 321-1557



HEALTH CARE

Formularz weryfikacji dochodów

Z tego formularza należy korzystać tylko wtedy, gdy osoba ubiegająca się o pomoc finansową nie wykazuje dochodów.

Wszystkie pola w tym formularzu muszą być wypełnione, aby formularz był ważny.

Nazwisko i imię wnioskodawcy:	Obecny adres wnioskodawcy:
-------------------------------	----------------------------

Weryfikacja dochodu wnioskodawcy

Ja _____ zaświadczam, że nie mam dochodu z pracy ani nie otrzymuję niewypracowanego dochodu. Wyrażam zgodę aby McLaren Health Care zweryfikowało to oświadczenie. Rozumiem, że jeśli McLaren Health Care stwierdzi, że mam dochód z pracy albo otrzymuję niewypracowany dochód, będę zdyskwalifikowany/a z otrzymywania pomocy finansowej.

Obecnie jestem wspierany przez (podaj, w jaki sposób pokrywasz podstawowe wydatki, jedzenie, odzież, mieszkanie, wraz z nazwiskami wszystkich osób udzielających finansowego wsparcia):

Rozumiem, że przedstawiciel McLaren Health Care może skontaktować się z osobami wymienionymi powyżej w celu zweryfikowania podanych informacji.

Podpis

Podpis wnioskodawcy: _____

Drukowanymi literami imię nazwisko: _____

Data: _____

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Inne: _____

Wniosek o pomoc finansową

Suma należności _____ Numery konta/kont _____

Imię i nazwisko pacjenta _____ Nr Social Security _____ Data urodzenia _____

Adres zamieszkania _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Numer telefonu domowego _____ Alternatywny numer telefonu _____

Imię i nazwisko poręczyciela _____ Nr Social Security _____ Data urodzenia _____

Pracodawca _____ Numer telefonu w pracy _____

Proszę zaznaczyć właściwe: Zatrudniony/a Samozatrudniony/a Bezrobotny/a Emeryt/ka Niepełnosprawny/a

Jeśli zatrudniony/a: czy pracujesz Pełny etat Niepełny etat Pracujący/a dorywczo Średnia ilość godz. w tyg./mies. _____

Imię i nazwisko małżonka/i _____ Nr Social Security _____ Data urodzenia _____

Pracodawca małżonka/i _____

Proszę zaznaczyć właściwe: Zatrudniony/a Samozatrudniony/a Bezrobotny/a Emeryt/ka Niepełnosprawny/a

Jeśli zatrudniony: czy pracujesz Pełny etat Niepełny etat Pracujący/a dorywczo Średnia ilość godz. w tyg./mies. _____

Imiona i nazwiska osób na utrzymaniu (włącznie z sobą i małżonkiem/a) _____

Konta oszczędnościowe, czekowe i w unii kredytowej (CD, Money Market, IRA)

Nazwa banku	Miasto	Rodzaj konta	Stan

Czy jesteś właścicielem domu? Tak Nie Jeżeli tak, podaj poniżej.

Czy jesteś właścicielem innej własności? Pojazdy, Vehicles, kamper, inna nieruchomość Tak Nie Jeżeli tak, podaj poniżej.

ASSETS

Aktywa – dom, pojazd itp.	Wartość rynkowa	Kwota pożyczki do spłacenia

DOCHODY I WYDATKI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Dochód	SUMA (miesięcznie)	Wydatki	SUMA (miesięcznie)
Wynagrodzenie brutto		Wynajem/splaty hipoteki	
Wypłaty z funduszu Social Security		Podatki od nieruchomości	
Dochód z odsetek		Pojazdy samochodowe	
Dochód z wynajmu		Ubezpieczenie domu	
Świadczenia alimentacyjne od małżonka/i		Ubezpieczenie pojazdów samochodowych	
Świadczenia alimentacyjne dla dzieci		Ubezpieczenie zdrowotne	
Emerytura		Polisa ubezpieczeniowa na życie	
Ogólna pomoc		Użyteczności	
Zasiłek dla bezrobotnych		Artykuły żywnościowe	
Pomoc stanowa/federalna		Benzyna	
Wkład innych osób		Wydatki medyczne	
Dochód z wynajmu gruntów		Świadczenia alimentacyjne na rzecz małżonka/i i/lub dziecka	
Odszkodowania dla pracownika		Inne	
Fundusz dla rodzin wojskowych		Inne	
Inne (proszę wyszczególnić)		Inne	

RATY POŻYCZEK I SPŁATY KART KREDYTOWYCH

Wierzyciel	Suma do spłacenia	Wysokość miesięcznych rat

Całkowity dochód	Wszystkie wydatki

Prosimy o załączenie wszelkich dodatkowych informacji dotyczących dochodu i wydatków, które mogą być związane z wnioskiem.

Niniejszym potwierdzam, że powyższe informacje są zgodne z moją wiedzą. Upoważniam firmę McLaren Health Care Corporation (MHCC) i jej spółki zależne do weryfikacji wszelkich informacji pod kątem kompletności i dokładności. Wyrażam również zgodę na przekazanie takich informacji do udostępnienia MHCC i jej podmiotom stowarzyszonym. Rozumiem, że jako organizacja charytatywna MHCC może zapewnić mi zniżkę lub bezpłatną opiekę. Rozumiem ponadto, że w procesie podejmowania decyzji może być uzyskany mój raport kredytowy.

Podpis pacjenta albo poręczyciela

Data

Podpis małżonka/i

Data

Aprobata jest ważna dwanaście miesięcy, po upływie których wymagane będą zaktualizowane informacje dotyczące wszelkich przyszłych usług. W przypadku sumy pozostałej do zapłacenia należy dokonać uzgodnień dotyczących tych płatności, które mogą zostać ponownie ocenione według uznania MHCC.

PODPIS

DATA

DECYZJA:

--