



Instrukcja wypełniania wniosku o pomoc finansową

Uprawnionym pacjentom udzielimy pomocy finansowej w ramach świadczenia usług medycznie niezbędnych.

Uprawnienia do pomocy finansowej są oparte na federalnych wskaźnikach ubóstwa, corocznie ogłaszanych w Rejestrze Federalnym (Federal Register). Pacjenci nieposiadający ubezpieczenia ani innych środków na opłacenie usług medycznie niezbędnych mogą się zwracać o pomoc finansową.

Pacjenci ubiegający się o pomoc finansową MUSZĄ wcześniej złożyć wnioski w ramach wszystkich dostępnych programów federalnych, stanowych i lokalnych (Medicaid, programy ubezpieczeniowe hrabstw itd.) oraz przedstawić McLaren Health Care dowód złożenia i/lub odrzucenia ich wniosków.

PROSIMY ZŁOŻYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- **WYPEŁNIONY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ** (niekompletne wnioski nie będą rozpatrywane)
- **POTWIERDZENIE DOCHODÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO** (OSTATNIE 2 ODCINKI CZEKÓW, WYCIĄG Z KONTA BANKOWEGO LUB INNY DOWÓD)
- **FORMULARZ WERYFIKACJI DOCHODÓW** (JEŻELI WNIOSKODAWCA OBECNIE NIE UZYSKUJE DOCHODU)
- **OSTATNIE ZEZNANIE PODATKOWE**
- **PROSIMY ZAZNACZYĆ, JEŻELI JAKIŚ DOKUMENT JEST NIEDOSTĘPNY**

McLaren Health Care może zażądać dodatkowych dokumentów finansowych niezbędnych do rozpatrzenia wniosku.

WYPEŁNIONY WNIOSEK I DOKUMENTACJĘ POMOCNICZĄ NALEŻY ZŁOŻYĆ W CIĄGU 14 (CZTERNASTU) DNI POD ADRESEM:

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

Odpowiedzi na pytania lub pomocy przy wypełnianiu wniosku udzieli:
Patient Financial Services
Customer Services Department
(844) 321-1557



HEALTH CARE

Formularz weryfikacji dochodów

Ten formularz jest przeznaczony tylko dla wnioskodawców, którzy nie mają dochodów.

Należy wypełnić wszystkie pola.

Imię i nazwisko wnioskodawcy:	Aktualny adres wnioskodawcy:
-------------------------------	------------------------------

Weryfikacja dochodów wnioskodawcy

Ja, _____, oświadczam, że nie posiadam dochodów ani zarobków. Udzielam zezwolenia McLaren Health Care na sprawdzenie tego oświadczenia. Rozumiem, że jeżeli McLaren Health Care stwierdzi, że mam dochody lub zarobki, utracę uprawnienia do pomocy finansowej.

Obecnie koszty mojego utrzymania ponoszą następujące osoby (wliczyć podstawowe wydatki na żywność, odzież, schronienie oraz nazwiska osób udzielających wsparcia):

Rozumiem, że przedstawiciel McLaren Health Care może się zwrócić do tych osób w celu zweryfikowania udzielonych informacji.

Podpis

Podpis wnioskodawcy: _____

Nazwisko i imię czytelnie: _____

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 Northern Michigan Regional Hospital
- Inne _____

Wniosek o pomoc finansową

Suma należności _____ Nr konta _____

Imię i nazwisko pacjenta _____ Nr ubezpiecz. społ. (SS) _____ Data urodzenia _____

Adres domowy _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Telefon domowy _____ Inny telefon _____

Imię i nazwisko gwaranta _____ Nr ubezpiecz. społ. (SS) _____ Data urodzenia _____

Pracodawca _____ Telefon do pracy _____

Zaznaczyć jedno: Zatrudniony Samozatrudniony Bezrobotny Emeryt Rencista

Jeżeli zatrudniony - charakter zatrudnienia: W pełnym wymiarze W niepełnym wymiarze Pr. dorywcza Śr. liczba godz. w tyg. _____

Imię i nazwisko małżonka _____ Nr ubezpiecz. społ. (SS) _____ Data urodzenia _____

Pracodawca małżonka _____

Zaznaczyć jedno: Zatrudniony Samozatrudniony Bezrobotny Emeryt Rencista

Jeżeli zatrudniony - charakter zatrudnienia: W pełnym wymiarze W niepełnym wymiarze Pr. dorywcza Śr. liczba godz. w tyg. _____

Nazwiska i wiek osób na utrzymaniu (w tym wnioskodawcy i małżonka) _____

Konta OSZCZĘDNOŚCIOWE (CD, Money Marker, IRA), czekowe i w kasach Credit Union

Nazwa banku	Miasto	Rodzaj konta	Saldo

Czy jest Pan(i) właścicielem domu? Tak Nie Jeżeli tak, wyliczyć poniżej.

Czy jest Pan(i) właścicielem innej nieruchomości? Pojazdy, przyczepy kempingowe, inne nieruchomości Tak Nie Jeżeli tak, wyliczyć poniżej.

MAJĄTEK

Dom, pojazd itp.	Wartość rynkowa	Kwota niespłaconej pożyczki

MIESIĘCZNE DOCHODY I WYDATKI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Dochód	Kwota (miesięcznie)	Wydatek	Kwota (miesięcznie)
Kwota dochodów gospodarstwa brutto		Komorne/splata hipoteczna	
Dochód z ubezpieczenia społecznego		Podatki od nieruchomości	
Dochody z oprocentowania		Samochód	
Dochód z najmu		Ubezpieczenia: nieruchomości	
Alimenty od współmałżonka		Ubezpieczenia: samochodu	
Alimenty na dzieci		Ubezpieczenia: zdrowotne	
Emerytura		Ubezpieczenia: na życie	
Pomoc z opieki społecznej		Światło, gaz itd.	
Zasilek dla bezrobotnych		Żywność	
Pomoc stanowa/federalna		Benzyna	
Datki od innych		Medyczne	
Dochód z posiadania ziemi		Alimenty dla małżonka/na dzieci	
Odszkodowania za wypadek przy pracy		Inne	
Przydziały dla rodzin wojskowych		Inne	
Inne (proszę określić)		Inne	

SPLATY POŻYCZEK I KART KREDYTOWYCH

Wierzyciel	Należność do spłaty	Oplata miesięczna

Dochody razem	Wydatki razem

Prosimy załączyć dodatkowe informacje dotyczące dochodów i wydatków istotne dla wniosku.

Zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą powyższe informacje są prawdziwe. Upoważniam McLaren Health Care Corporation (MHCC) i jej spółki zależne do sprawdzenia kompletności i prawdziwości udzielonych informacji. Upoważniam do udostępnienia tych informacji MHCC i jej spółkom zależnym. Rozumiem, że MHCC jako organizacja pożytku społecznego może mi udzielić opieki zdrowotnej po cenach ulgowych lub bezpłatnie. Rozumiem również, że w ramach procesu wydawania decyzji może zostać sporządzony raport o zdolności kredytowej.

Podpis pacjenta lub osoby odpowiedzialnej _____ Data _____

Podpis małżonka _____ Data _____

Zatwierdzenia są ważne przez sześć miesięcy, a następnie dla uzyskania dalszych usług wymagana będzie aktualizacja informacji. Splata pozostałych należności musi zostać uzgodniona oraz może podlegać ponownej ocenie według uznania MHCC.

ZATWIERDZENIE ODMOWA

PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ _____

DATA _____

POWÓD ODMOWY: