



## Zahtjev za financijsku pomoć - Upute

### **Pacijentima koji se za to kvalificiraju osigurat ćemo financijsku pomoć za medicinski potrebne usluge.**

Podobnost za financijsku pomoć temeljit će se na smjernicama o federalnoj razini siromaštva (koje se jednom godišnje objavljuju u Federalnom registru). Pacijenti koji navedu da nemaju osiguranje ili drugi način plaćanja za medicinski potrebne usluge mogu zatražiti razmatranje za financijsku pomoć.

#### **MOLIMO VRATITE NAM DOKUMENTA NAVEDENA U NASTAVKU:**

- **POPUNJEN ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ** (nepotpuni zahtjevi neće se uzimati u obzir)
- **DOKAZ O PRIHODU U DOMAĆINSTVU**  
Stanovnici države Mičigen: zadnja 4 odreska od platnih čekova i 2 bankovna izvoda ili drugi dokaz o prihodu  
Stanovnici države Ohajo: dokaz o prihodu za 3 mjeseca
- **OBRAZAC VERIFIKACIJE PRIHODA** (AKO TRENUTNO NEMATE NIKAKAV PRIHOD)
- **KOPIJU ZADNJEG OBRAČUNA POREZA NA PRIHOD**
- **NAPRAVITE NAPOMENU AKO JE BILO KOJI DOKUMENT NEDOSTUPAN**

McLaren Health Care može zatražiti dodatna financijska dokumenta potrebna za obradu vašeg Zahtjeva za financijsku pomoć.

#### **POPUNJEN ZAHTJEV I SVA PRATEĆA DOKUMENTA VRATITE U ROKU OD ČETRNAEST (14) DANA NA:**

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315  
ILI [FinancialAssistance@mclaren.org](mailto:FinancialAssistance@mclaren.org)

**Sve tražene informacije moraju se vratiti kako bi se obradile/pregledale za financijsku pomoć.  
Ako imate bilo kakvih pitanja ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju prijave, kontaktirajte:**

Financijske usluge za pacijente  
Služba za korisnike  
(844) 321-1557



### Obrazac o potvrdi prihoda

Ovaj obrazac treba koristiti samo ako podnositelj zahtjeva za financijsku pomoć ne navodi prihod.

Sva polja u ovom obrascu moraju biti popunjena kako bi obrazac bio valjan.

Ime podnositelja:	Sadašnja adresa podnositelja:
-------------------	-------------------------------

#### Verifikacija prihoda podnositelja

Ja, \_\_\_\_\_, potvrđujem da nemam nikakav zarađeni ili nezarađeni prihod. Dajem McLaren Health Care dopuštenje da provjeri ovu izjavu. Ako McLaren Health Care pronade da imam zarađeni ili nezarađeni prihod, razumijem da ću biti diskvalificiran/a od primanja financijske pomoći.

Trenutno me pomažu (navedite kako podmirujete osnovne troškove, hranu, odjeću, stanovanje, uključujući imena svih pojedinaca koji vam pružaju pomoć):

---

---

---

---

---

Razumijem da predstavnik McLaren Health Care može kontaktirati gore navedene osobe u svrhu provjere datih informacija.

#### Potpis

Potpis podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_

Štampano ime: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- 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
- Drugo \_\_\_\_\_

## Zahtjev za finansijsku pomoć

Ukupno stanje duga \_\_\_\_\_ Brojevi računa \_\_\_\_\_

Ime pacijenta \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Pošt. br. \_\_\_\_\_

Kućni tel. \_\_\_\_\_ Alternativni tel. \_\_\_\_\_

Ime odgovorne strane (žirant) \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

Poslodavac \_\_\_\_\_ Poslovni tel. \_\_\_\_\_

Označite jedno:  Aktivno zaposlen/a  Samozaposlen/a  Nezaposlen/a  Umirovljen/a  Invalid

Ako ste zaposleni – radite li:  Puno radno vrijeme  Dio radnog vremena  Neobavezno Prosječan br. sati tjedno \_\_\_\_\_

Ime supružnika \_\_\_\_\_ Br. socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

Poslodavac supružnika \_\_\_\_\_

Označite jedno:  Aktivno zaposlen/a  Samozaposlen/a  Nezaposlen/a  Umirovljen/a  Invalid

Ako ste zaposleni – radite li:  Puno radno vrijeme  Dio radnog vremena  Neobavezno Prosječan br. sati /tjedno \_\_\_\_\_

Imena i dob uzdržavanih osoba (uključite sebe i supružnika) \_\_\_\_\_

### ŠTEDNI RAČUNI (CD, Money Market, IRA), čekovni računi i računi u kreditnim zadrugama

Ime banke	Grad	Vrsta računa	Saldo

Posjedujete li svoju kuću?  Da  Ne Ako posjedujete, navedite ispod.

Posjedujete li bilo koju drugu imovinu? Vozila, vozila za rekreaciju (RV), druge nekretnine  Da  Ne Ako posjedujete, navedite ispod.

### IMOVINA

Imovina – kuća, vozilo, itd.	Tržišna vrijednost	Nepodmireni iznos kredita

### MJESEČNI PRIHOD I TROŠKOVI KUĆANSTVA

Kategorija prihoda	Iznos (mjesečno)	Kategorija izdatka	Iznos (mjesečno)
Ukupna bruto plaća kućanstava		Najam / hipoteka	
Prihod od socijalnog osiguranja		Porez na imovinu	
Prihod od kamata		Automobil	
Prihod od najma		Osiguranje: za kuću	
Alimentacija		Osiguranje: za automobil	
Udržavanje djeteta		Osiguranje: zdravstveno	
Mirovina		Osiguranje: životno	
Opća pomoć		Komunalne usluge	
Nezaposlenost		Namirnice	
Državna / federalna pomoć		Benzin	
Doprinosi od drugih		Medicinski	
Prihod od zemljišnog ugovora		Alimentacija / održavanje djeteta	
Naknada za povredu na radu		Drugo	
Doplatak za vojne obitelji		Drugo	
Drugo (navedite)		Drugo	

### RATE KREDITA I KREDITNE KARTICE

Kreditor	Iznos duga	Mjesečna rata

Ukupan prihod	Ukupni izdaci

Priložite sve dodatne detalje u vezi s vašim prihodima i izdacima koji bi mogli biti relevantni za vaš zahtjev.

Potvrđujem da su gore navedene informacije točne prema mojem najboljem saznanju. Ovlašćujem McLaren Health Care Corporation (MHCC) i njezine podružnice da provjere sve podatke radi potpunosti i točnosti. Nadalje, odobravam da takve informacije budu dostupne da se otkriju MHCC i njezinim podružnicama. Razumijem da mi MHCC kao dobrotvorna organizacija može ponuditi njegu po sniženim cijenama ili besplatno. Nadalje razumijem da se osobno kreditno izvješće može dobiti u procesu donošenja odluka.

\_\_\_\_\_  
Potpis pacijenta ili odgovorne osobe

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Potpis supružnika

\_\_\_\_\_  
Datum

Odobrenja vrijede dvanaest mjeseci, nakon čega će biti potrebne ažurirane informacije za sve buduće usluge. Za bilo koji preostali saldo moraju se izvršiti sporazumni aranžmani plaćanja koji se mogu ponovno procijeniti prema diskrecijskom pravu MHCC.

\_\_\_\_\_  
POTPIS OVLAŠTENE OSOBE

\_\_\_\_\_  
DATUM

ODLUKA:

--