

## Instrukcje wypełniania wniosku o opiekę dobroczynną/pomoc finansową

To jest wniosek o pomoc finansową (znany również jako opieka dobroczynna) w Overlake Hospital Medical Center (OHMC) i/lub Overlake Medical Clinics, LLC (OMC)

**Stan Waszyngton wymaga od wszystkich, świadczenia pomocy finansowej** osobom i rodzinom, które spełniają określone wymagania dochodowe. Na podstawie wielkości rodziny i dochodu, nawet jeśli mają Państwo ubezpieczenie zdrowotne, mogą Państwo kwalifikować się do bezpłatnej opieki lub opieki za zmniejszoną cenę. *Zasady pomocy finansowej można przejrzeć pod adresem [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies)*

**Co obejmuje pomoc finansowa?** Pomoc finansowa obejmuje odpowiednie usługi świadczone przez OHMC i/lub OMC, zależnie od uprawnień pacjenta. Pomoc finansowa może obejmować wszystkie koszty opieki zdrowotnej, w tym usług świadczonych przez inne organizacje.

**Jeśli mają Państwo pytania lub potrzebują pomocy przy wypełnianiu tego wniosku:** Prosimy zadzwonić do naszego Koordynatora Pomocy Finansowej (Financial Assistance Coordinator), pod numer 425-635-6239. Pomoc można uzyskać z dowolnego powodu, w tym z powodu niepełnosprawności i pomoc językową.

### Przetwarzanie wniosku wymaga od Państwa:

- Przekazania nam informacji o swojej rodzinie**  
Należy wpisać liczbę członków swojej rodziny, mieszkających w gospodarstwie domowym (rodzina to grupa osób związanych urodzeniem, małżeństwem lub adopcją, które mieszkają razem)
- Przekazania nam informacji o dochodach miesięcznych brutto swojej rodziny (dochód przed opodatkowaniem i potrąceniami)**
- Przekazania dokumentacji dochodu rodziny**
- Dołączenia dodatkowych informacji w razie potrzeby**
- Podpisania wniosku i wstawienia daty**

**Uwaga: Ubieganie się o pomoc finansową nie wymaga podawania numeru ubezpieczenia społecznego (Social Security).** Podanie numeru ubezpieczenia społecznego pomoże przyspieszyć rozpatrywanie wniosku. Numery ubezpieczenia społecznego służą do weryfikacji podanych nam informacji. Jeśli nie mają Państwo numeru ubezpieczenia społecznego, prosimy zaznaczyć „nie dotyczy” (not applicable) lub „ND” (NA).

### **Wypełniony wniosek wraz z całą dokumentacją należy wysłać pocztą lub faksem na adres:**

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Attn: Patient Financial Services

Można użyć dołączonej koperty zwrotnej.  
Kopie należy zachować dla siebie.

Poinformujemy Państwa o ostatecznym ustaleniu uprawnień i o prawach do złożenia odwołania, jeśli będzie to konieczne, w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania wypełnionego wniosku o pomoc finansową, w tym dokumentacji dochodów.

Składając wniosek o pomoc finansową, wyrażają Państwo zgodę, żebyśmy dokonali niezbędnych ustaleń w celu potwierdzenia zobowiązań finansowych i informacji.

**Pragniemy pomagać. Prosimy niezwłocznie przestać swój wniosek!**  
**Zanim otrzymamy Państwa informacje, rachunek może już zostać Państwu przekazany.**

Prosimy podać wszystkie informacje w całości. Jeśli nie mają zastosowania, należy wpisać „NA”. Należy dołączyć dodatkowe kartki, w razie potrzeby

### INFORMACJE WSTĘPNE

Czy potrzebują Państwo tłumacza?  Tak  Nie *Jeśli tak, należy podać preferowany język:*

Czy pacjent składał wniosek do programu Medicaid?  Tak  Nie *Konieczne może być złożenie wniosku przed uwzględnieniem świadczenia pomocy finansowej*

Czy pacjent jest obecnie bezdomny?  Tak  Nie

Czy potrzeba opieki medycznej nad pacjentem jest związana z wypadkiem samochodowym lub wypadkiem przy pracy?  Tak  Nie

### UWAGA

- Nie możemy zagwarantować, że zakwalifikują się Państwo do przyznania pomocy finansowej, nawet po złożeniu wniosku.
- Po wystaniu wniosku, możemy sprawdzić wszystkie informacje i poprosić o dodatkowe informacje lub zaświadczenia o dochodach.
- W ciągu 14 dni kalendarzowych po otrzymaniu wypełnionego wniosku i dokumentacji, powiadomimy Państwa, czy zakwalifikowali się Państwo do pomocy.

### INFORMACJE O PACJENCIE I WNIOSKODAWCY

Imię pacjenta		Drugie imię pacjenta		Nazwisko pacjenta	
<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Inne (można podać szczegóły _____)		Data urodzenia		Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie*)	
Osoba odpowiedzialna za płacenie rachunku		Powiązanie z pacjentem	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie*)	
Adres pocztowy				Główne numery do kontaktu ( ) _____ ( ) _____ Adres e-mail: _____	
Miejscowość	Stan	Kod Zip			
Status zatrudnienia osoby odpowiedzialnej za zapłacenie rachunku					
<input type="checkbox"/> <b>Zatrudniony</b> (data przyjęcia do pracy: _____) <input type="checkbox"/> <b>Bezrobotny</b> (od jak dawna bezrobotny: _____) <input type="checkbox"/> <b>Samozatrudniony</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>Niepełnosprawny</b> <input type="checkbox"/> <b>Emeryt</b> <input type="checkbox"/> <b>Inne</b> (_____)					

### INFORMACJE O RODZINIE

Wymienić członków rodziny w gospodarstwie domowym, w tym samych siebie. „Rodzina” to grupa osób związanych urodzeniem, małżeństwem lub adopcją, które mieszkają razem.

**WIELKOŚĆ RODZINY** \_\_\_\_\_

*Dołączyć dodatkową kartkę w razie potrzeby*

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Powiązanie z pacjentem	Osoby, które ukończyły 18 lat lub są starsze Nazwy pracodawców lub źródło dochodu	Osoby, które ukończyły 18 lat lub są starsze Całkowity dochód miesięczny brutto (przed opodatkowaniem):	Czy też składają wniosek o pomoc finansową?
					Tak / Nie
					Tak / Nie

					Tak / Nie
					Tak / Nie

**Dochody wszystkich dorosłych członków rodziny muszą zostać ujawnione. Do źródeł dochodu należą, na przykład:**  
– Płace – Zasiłek dla bezrobotnych – Samozatrudnienie – Odszkodowania pracownicze – Zasiłek dla niepełnosprawnych – SSI  
– Alimenty na dziecko/ współmałżonka - Programy pracy dla studentów (studenci) – Emerytura – Wypłaty z rachunku emerytalnego  
– Inne (prosimy wyjaśnić \_\_\_\_\_)

### Instrukcje wypełniania wniosku o opiekę dobroczynną/pomoc finansową – poufne

#### INFORMACJE O DOCHODACH

**PROSIMY PAMIĘTAĆ:** Do wniosku należy załączyć zaświadczenie o dochodach.

Należy podać informacje na temat dochodów swojej rodziny. Sprawdzenie dochodów jest wymagane do ustalenia pomocy finansowej.

**Wszyscy członkowie rodziny, którzy ukończyli 18 lat lub są starsi muszą ujawnić swoje dochody. Jeśli nie można dostarczyć dokumentacji, można złożyć podpisane pisemne oświadczenie opisujące swoje dochody. Prosimy dostarczyć dowód każdego wskazanego źródła dochodu.**

**Przykłady dowodów dochodów:**

- oświadczenia o potrąceniach W-2;
- aktualne odcinki wypłaty (3 miesiące);
- zeszłoroczne zeznanie podatkowe, w tym harmonogramy, jeśli dotyczy;
- pisemne, podpisane oświadczenia pracodawców lub innych osób;
- zatwierdzenia lub odmowy przyznania uprawnień do Medicaid i/lub finansowanej przez stan pomocy medycznej;
- zatwierdzenia/odmowy przyznania uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych.

Jeśli nie ma dowodu dochodu lub brak jest dochodu, prosimy dołączyć dodatkową kartkę z wyjaśnieniem.

#### DODATKOWE INFORMACJE

Prosimy załączyć dodatkową kartkę, jeśli nie ma innych informacji na temat bieżącej sytuacji finansowej, o której powinniśmy wiedzieć, jak na przykład trudności finansowe, dochody sezonowe lub czasowe bądź osobiste straty.

#### ZGODA PACJENTA

Rozumiem, że Overlake Hospital Medical Center Overlake Medical Clinics LLC może sprawdzać informacje poprzez zapoznanie się z informacjami kredytowymi i uzyskując informacje z innych źródeł, aby pomóc w ustalaniu uprawnień do pomocy finansowej lub planów płatności.

Potwierdzam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, powyższe informacje są zgodne z prawdą i prawidłowe. Rozumiem, że w przypadku ustalenia, iż podane przeze mnie informacje są fałszywe, otrzymam odmowę udzielenia mi pomocy finansowej i moim obowiązkiem będzie zapłata za świadczone usługi.

\_\_\_\_\_  
Podpis wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
Data