



Zahtev za finansijsku pomoć

Kompanija UnityPoint Health® zna da postoje prilike kada naši pacijenti ne mogu da plate za pružene usluge. Ako vam je potrebna pomoć da biste platili zdravstvene usluge, možda ste podobni za finansijsku pomoć.

Ajova/Ilinoj

Da biste proverili da li ste kvalifikovani za finansijsku pomoć, molimo vas da pažljivo sledite uputstva.



UnityPoint Health

Kako da se kvalifikujete za finansijsku pomoć

Važno: MOŽETE BITI PODOBNI ZA DOBIJANJE BESPLATNE NEGE ILI NEGE S POPUSTOM. Popunjavanje ovog zahteva će pomoći sistemu UnityPoint Health da utvrdi da li možete da dobijete besplatne ili usluge s popustom ili da učestvujete u drugim javnim programima koji vam mogu pomoći prilikom plaćanja zdravstvene zaštite.

Obavezno navedite potpune podatke o svim članovima vašeg domaćinstva i popunite tri odeljka sa desne strane obrasca. Ako ne pošaljete potpune podatke, vaš zahtev se ne može obraditi. Svi podaci će biti zaštićeni.

Ako već dobijate pomoć iz državnog programa (kao što su bonovi za hranu ili WIC), popunite prvu stranicu zahteva i pošaljite je sa dokazom da ste član jednog od ovih programa, kao što je obaveštenje o odluci. Takođe obavezno potpišite poslednju stranicu zahteva. Moguće je da ćete se automatski kvalifikovati za učešće u našem programu.

Podnošenjem ovog zahteva pacijent potvrđuje da je uložio sve napore da pruži tražene informacije u zahtevu kako bi pomogao bolnici da utvrdi da li je pacijent dobar za finansijsku pomoć.

Pružanje informacija o vašem broju socijalnog osiguranja

AKO NISTE OSIGURANI, BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NIJE POTREBAN DA BISTE SE KVALIFIKOVALI ZA BESPLATNU NEGU ILI NEGU S POPUSTOM. Međutim, Broj socijalnog osiguranja je potreban za neke javne programe, uključujući Medicaid. Navođenje Broja socijalnog osiguranja se ne traži ali će pomoći bolnici da utvrdi da li ste kvalifikovani za neke javne programe.

Kada da podnesete svoj zahtev za finansijsku pomoć

Molimo vas da popunite ovaj obrazac i predate ga bolnici lično, poštom, elektronskom poštom ili faksom da biste se prijavili za besplatnu ili negu s popustom, u roku od 90 dana od datuma otpusta ili dobijanja vanbolničke nege. NAPOMENA: Uslov da se ovaj obrazac popuni i podnese u roku od 90 dana od datuma otpusta ili dobijanja vanbolničke nege bolnica može izmeniti produženjem roka ali ne i smanjenjem.

Kako da podnesete svoj zahtev

Molimo vas da zahtev podnesete na jedan od sledećih načina:

- Ako ga šaljete poštom, učinite to na sledeću adresu:
UnityPoint Health - Central Billing Office ATTN: FA Team,
P.O. Box 35758, Des Moines, IA 50315
- Ako ga šaljete e-poštom, učinite to na sledeću adresu:
FA_CBO_Request@unitypoint.org
- Ako ga šaljete faksom, pošaljite ga na broj: (515) 381-7166.
Napišite „FA Application“ na prvoj stranici faksa.

Pomoć prilikom popunjavanja zahteva

Ako imate pitanja, možemo da vam pomognemo oko obrasca.

- Ako ste u bolnici, pitajte nekoga ko vrši Registraciju pacijenata da vam pomogne.
- Ako ste kod kuće ili u klinici, pozovite (844) 849-1260.

Dodatne važne napomene

Članovi našeg tima mogu pokušati da saznaju da li ste kvalifikovani za druge savezne ili državne programe pomoći pre nego što obrade vaš zahtev za finansijsku pomoć sistema UnityPoint Health.

Finansijska pomoć se nudi samo za medicinski neophodne usluge koje pružaju organizacije i lekari sistema UnityPoint Health, kao što je navedeno u našoj Politici finansijske pomoći. Da biste saznali više o ovoj politici, posetite unitypoint.org/FAP. Ako imate dodatnih pitanja o računu koji ste dobili, obratite se na broj telefona naveden na računu da biste razgovarali sa bolnicom, klinikom ili kućnom negom koji su pružili uslugu.

Popunite sva tri odeljka

1. Pošaljite potpune informacije i ne zaboravite da potpišete obrazac:

Ispunite priloženi obrazac u potpunosti. Nemojte zaboraviti da se potpišete u dnu poslednje strane. (NAPOMENA: Postoji izjava o saglasnosti za Ajovu i posebna za Ilinoj.) Morate da popunite samo jedan obrazac za svakog člana domaćinstva.

2. Dokaz o prihodima za svakog člana domaćinstva:

Pošaljite primerke svih stavki koje se navode u nastavku, a koje se odnose na vas.

- Poreska prijava za prethodnu godinu
- Ako ste zaposleni: obračun plate sa godišnjim prihodom zaključno sa danom izdavanja ILLI poslednja 3 obračuna plate
- Ako ste samozaposleni: bilans stanja i bilans uspeha
- Ako ste nezaposleni: potvrda o nezaposlenosti i poslednji obračun plate sa prošlog posla
- Ako ste plaćeni u gotovini: potrebna je pisana potvrda o visini primanja od poslodavca
- Potvrda o iznosu mesečne penzije
- Potvrda o iznosu invalidnine
- Potvrda o iznosu socijalne pomoći
- Dokaz o prihodu od izdavanja
- Dokaz o prihodu od dečjeg dodatka
- Dokaz o prihodu od alimentacije
- Ako nemate NIKAKAV prihod, pisana izjava osobe koja vas izdržava

3. Dostavite dokaz o imovini za svakog člana domaćinstva:

Pošaljite primerke svih stavki koje se navode u nastavku, a koje se odnose na vas.

- Bankovni izvodi iz poslednja 3 meseca
- Potvrde o ulaganjima (401K, IRA, račun ulaganja, račun zdravstvene štednje)

NAPOMENA: Izjave o ulaganjima su potrebne samo ako ste dobili negu od ustanove UnityPoint Health u Ajovi.

Zahtev za finansijsku pomoć

Može doći do kašnjenja u obradi vašeg zahteva ukoliko ne pružite sve informacije.

- Dokaz o CELOKUPNOM prihodu u domaćinstvu za sve starije od 21 godine
- Bankovni izvodi iz poslednja 3 meseca, čekovi/ušteđevina, uključite SVE stranice
- Poreska prijava 1040 za prethodnu godinu sa SVIM planovima

INFORMACIJE ZA PACIJENTA

Ime i prezime _____
(Prezime) (Ime) (Srednje slovo)

Adresa _____
(Ulica)

(Grad) (Država) (Poštanski broj)

Broj telefona _____

Datum rođenja _____ Starost _____

Br. soc. osig. (Social Security Number [Broj socijalnog osiguranja]) _____ Bračni status DA NE

Rasa (opciono): Američko indijanska ili starosedelac Aljaske Azijska
 Crnačka ili afroamerička Bela
 Starosedelac Havaja ili drugi pacifički ostrvljanin

Etnička pripadnost (opciono): _____

Pol (opciono): M Ž Ostalo _____

Željeni jezik (opciono): _____

LICE ZADUŽENO ZA PLAĆANJE

Podaci o zaposlenju:

Ime i prezime _____
(Prezime) (Ime) (Srednje slovo)

Adresa _____
(Ulica)

(Grad) (Država) (Poštanski broj)

Broj telefona _____

Datum rođenja _____ Starost _____

Br. soc. osig. (Social Security Number [Broj socijalnog osiguranja]) _____ Bračni status DA NE

Poslodavac _____

Adresa _____
(Ulica)

(Grad) (Država) (Poštanski broj)

Broj telefona _____

Radno mesto _____

Radni status: Skraćeno radno vreme Puno radno vreme
Prosečan broj časova nedeljno _____

SUPRUŽNIK LICA ZADUŽENOG ZA PLAĆANJE

Podaci o zaposlenju:

Ime i prezime _____
(Prezime) (Ime) (Srednje slovo)

Adresa _____
(Ulica)

(Grad) (Država) (Poštanski broj)

Broj telefona _____

Datum rođenja _____ Starost _____

Br. soc. osig. _____ Bračni status DA NE

Poslodavac _____

Adresa _____
(Ulica)

(Grad) (Država) (Poštanski broj)

Broj telefona _____

Radno mesto _____

Radni status: Skraćeno radno vreme Puno radno vreme
Prosečan broj časova nedeljno _____

OSTALI PODACI

Navedite sva druga lica koja žive u domaćinstvu:

Ime i prezime	Odnos	Br. soc. osig.	Datum rođenja

Drugi poslodavac za odgovorno lice i/ili supružnika:

Poslodavac _____

Adresa _____
(Ulica)

(Grad) (Država) (Poštanski broj)

Broj telefona _____

Radno mesto _____

Radni status: Skraćeno radno vreme Puno radno vreme
Prosečan broj časova nedeljno _____



Sve kolone se moraju popuniti.



UnityPoint Health

PRIHOD			
Izvor prihoda (mora se dostaviti dokumentacija)	Primljeni iznos	Koliko često se prima	Ime i prezime osobe koja prima iznos
Prihod od zaposlenja			
Prihod od zaposlenja			
Socijalna pomoć			
Dečji dodatak/alimentacija			
Penzija/kompenzacija/naknada za nezaposleno lice			
Kamata/dividenda			
Drugo (objasniti)			

IMOVINA			
Stavka	Stanje na računu	Opis	*Dostaviti izvode sa računa za 3 meseca
Tekući račun*			
Štedni račun*			

Popunite ovu dodatnu listu samo ako negu dobijate od ustanove UnityPoint Health sistema u Ajovi

Stavka	Sadašnja vrednost	Opis
401(K)/IRA/račun zdravstvene štednje		
Glavna stambena jedinica (procenjena vrednost)		
Akcije/obveznice/potvrde o depozitima		

TROŠKOVI			
Stavka	Ukupan iznos koji se duguje	Mesečna plaćanja	Opis
Hipoteka na kuću			
Zakupnina (mesečni iznos)			
Dažbine (struja, voda, itd.)			
Namirnice i briga o deci			
Zdravstveni računi			
Alimentacija/izdržavanje deteta			
Lekovi koji se kupuju na recept			
Bankarski krediti (lični, studentski kredit, itd.)			
Osiguranje (auto, zdravstveno, itd.)			
Dug po kreditnoj kartici			
Drugo (objasniti)			
Ukupni izdaci (Linije 1-11)			

Saglasnost za davanje informacija/potvrda izjava

Saglasnost/potvrda za Ajovu:

Potvrđujem da su svi podaci istiniti i tačni prema mom najboljem saznanju. Shvatam da davanje lažnih ili obmanjujućih tvrdnji, izjava, dokumenata ili skrivanje materijalnih činjenica može dovesti do neposrednog poništavanja prethodno zaključenih sporazuma. Ovim dajem dozvolu sistemu UnityPoint Health, njegovim povezanim društvima i predstavnicima da ispituju ovde navedene podatke. Mora se dostaviti dokumentacija.

Slažem se i da obaveštavam sistem UnityPoint Health o svim promenama mog finansijskog stanja koje bi imale uticaja na ovu odluku.

Saglasnost/potvrda za Ilinoj:

Potvrđujem da su svi podaci u ovom zahtevu istiniti i tačni prema mom najboljem saznanju. Podneću zahtev za svaku državnu, saveznu ili lokalnu pomoć za koju sam možda podoban/na kako bih pomogao/la da se plati ovaj račun za bolnicu. Razumem da date informacije bolnica može da proveri i ovlašćujem bolnicu da kontaktira treća lica kako bi proverila tačnost informacija datih u ovom zahtevu. Razumem da ukoliko svesno dam neistinite informacije u ovom zahtevu, biću nepodoban/na za finansijsku pomoć, svaka finansijska pomoć koja mi bude dodeljena može biti opozvana i biću odgovoran/na za plaćanje računa za bolnicu. Žalbe ili nedoumice u vezi sa postupkom prijave popusta za neosigurane pacijente ili postupkom za bolničku finansijsku pomoć mogu se prijaviti Birou za zdravstvenu zaštitu glavnog pravobranioca države Ilinoj.

1-800-243-0618 <https://illinoisattorneygeneral.gov/>

Potpis lica koje je popunilo zahtev

Datum

Potpis supružnika

Datum

Popunjen zahtev i svu prateću dokumentaciju* možete poslati:

Poštom:

UnityPoint Health - Central Billing Office
Attn: FA Team
P.O. Box 35758
Des Moines, IA 50315-4205

*Nemojte slati poštom originalne dokumente. Pošaljite samo kopije. Dokumenti će biti uništeni nakon skeniranja.

E-poštom: FA_CBO_Request@unitypoint.org

Faksom: (515) 381-7166

Napišite: „FA Application“ na prvoj stranici faksa.