



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

- **KOMPLETNIE WYPEŁNIONY WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ** (wnioski niewypełnione dokładnie i kompletnie nie będą rozpatrywane)
- **POTWIERDZENIE DOCHODÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO**
Mieszkańcy stanu Michigan: Paski płacowe za cztery (4) ostatnie okresy rozliczeniowe, wyciągi bankowe z ostatnich dwóch (2) miesięcy, inne dowody o dochodzie, aktywa (403b, 401k itp.).
Mieszkańcy stanu Ohio: Paski płacowe za trzy (3) ostatnie okresy rozliczeniowe przed rozpoczęciem świadczeń.
- **FORMULARZ WERYFIKACJI DOCHODU (JEŚLI CHWIŁOWO WNIOSKODAWCA NIE MA ŻADNYCH DOCHODÓW)**
- **KOPIA OSTATNIEGO FEDERALNEGO ROZLICZENIA PODATKOWEGO**
- **PROSZĘ ZAZNACZYĆ, JEŚLI JAKIEKOLWIEK DOKUMENTY SĄ NIEMOŻLIWE DO UZYSKANIA**

Przetworzenie wniosku trwa trzydzieści (30) dni roboczych. McLaren Health Care może wystąpić o dodatkowe dokumenty finansowe niezbędne do analizy wniosku o pomoc finansową. Niekompletny wniosek i/lub brak niezbędnej dokumentacji opóźni przetworzenie wniosku.

KOMPLETNIE 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
<p>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.</p> <p>Obecnie jestem wspierany przez (podaj, w jaki sposób pokrywasz podstawowe wydatki, jedzenie, odzież, mieszkanie, wraz z nazwiskami wszystkich osób udzielających finansowego wsparcia):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Rozumiem, że przedstawiciel McLaren Health Care może skontaktować się z osobami wymienionymi powyżej w celu zweryfikowania podanych informacji.</p>

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

