

Příjmení pacienta		Křestní jméno pacienta		Druhé jméno pacienta	
Číslo sociálního pojištění		Telefonní číslo		Datum narození	
Příjmení ručitele (je-li odlišné)		Křestní jméno ručitele		Druhé jméno ručitele	
Ulice		Město	Stát PSČ		
Číslo sociálního pojištění		Telefonní číslo		Datum narození	
Jste zaměstnán	Ano	Ne	Máte zdravotní pojištění?	Ano	Ne

INFORMACE O MANŽELOVI / MANŽELCE / PARTNEROVI

Příjmení pacienta		Křestní jméno pacienta		Druhé jméno pacienta	
Ulice		Město	Stát PSČ		
Číslo sociálního pojištění		Telefonní číslo		Datum narození	
Jste zaměstnán	Ano	Ne	Máte zdravotní pojištění?	Ano	Ne

Kolik lidí je na vás závislých? _____

(Včetně vás. Musíte poskytnout doklad o počtu lidí závislých podle vašeho daňového přiznání)

Jaké jsou vaše zdroje příjmu (prosíme specifikujte měsíčně nebo ročně):

	Měsíčně	Ročně		Měsíčně	Ročně
Pracovní příjmy	\$ _____	\$ _____	Příjmy z úroků / dividend	\$ _____	\$ _____
Pracovní příjmy	\$ _____	\$ _____	Příjmy sociálního pojištění	\$ _____	\$ _____
Příjmy z podnikání	\$ _____	\$ _____	Příjmy z podpory /	\$ _____	\$ _____
Příjmy z pronájmu	\$ _____	\$ _____	Jiné příjmy	\$ _____	\$ _____
Celkové příjmy:	\$ _____				

POZNÁMKA: Jestliže jste student s finanční podporou, prosíme o kopii nebo potvrzující dopis o vaší školní finanční podpoře a/nebo studentském úvěru s vaší přihláškou.

POZNÁMKA: Po přijetí přihlášky bude zpracována úvěrová zpráva (může zahrnovat manžela/manželku)

Podpis pacienta / právního zástupce: _____

Datum: _____

 Požadováno: Formulář o daňovém přiznání za minulý rok (celková kopie) Dopis o osobních důvodech

Není-li možné doložit kopii daňového formuláře, lze dodat níže uvedené:
 2 měsíce staré výplatní pásky Invalidita Nezaměstnanost

Odhad splátkového plánu: V případě, kdy se kvalifikujete pro částečnou finanční pomoc, za podmínky, že následující informace nám pomohou stanovit přijatelný plán splácení pro zbývající část vašeho zůstatku.

Nájem/Domovní platba	_____	Služby-	_____
Potraviny	_____	Oblečení	_____
Zdravotní/zubní poplatky	_____	Školní/dětská péče	_____
Podpora dítěte/manžele (manželky)	_____	Výdaje na dopravu / auto	_____

POZNÁMKA: Přijatelný plán splátek znamená, že měsíční platby nebudou více než 10% příjmu vaší rodiny včetně srážek a výdajů uvedených výše.

 (Přihláška nemůže být zpracována bez výše uvedených informací)

Tuto přihlášku vraťte spolu s požadovanými dokumenty během 10 dní.

Nemocnice Huntington se zavazuje k poskytování dostupné zdravotní péče pro své pacienty a uznává finanční potřeby naší komunity, která si nemůže dovolit hradit poplatky spojené s náklady na svou zdravotní péči. A proto nemocnice Huntington poskytuje finanční pomoc kvalifikovaným pacientům, kteří dostanou nezbytnou první pomoc nebo zdravotní péči. Pacienti musí vyplnit přihlášku, dodat ověřovací dokumentaci a splnit požadavky pro vhodnost uvedené níže. Tyto zásady se nevztahují na další poskytovatele služeb kromě nemocnice Huntington.

Kdo má nárok na finanční pomoc?

Náš program pomáhá nízkopříjmovým, nepojištěným nebo nedostatečně pojištěným pacientům, kteří potřebují pomoc při hrazení celkových nebo částečných nákladů na zdravotní péči. Pacienti mají nárok na finanční pomoc, jestliže jejich rodinný příjem nepřesáhne nebo je nižší než 350% podle federálních zásad chudoby (FPG). Další informace mohou být vyžádány a mohou ovlivnit rozhodnutí nemocnice.

Pacientům, kteří mají nárok na finanční pomoc, nebude účtováno více než částky obecně platné (AGB) pro první pomoc nebo další nezbytnou zdravotní péči, jako pacientům s pojištěním. (AGB je definována v IRS oddílu 501(r)). Viz příloha A v Zásadách finanční pomoci.

Co program zahrnuje?

Program finanční pomoci pokrývá nezbytnou péči poskytovanou v nemocnici Huntington. Další kosmetické služby nejsou zahrnuty v těchto zásadách.

Jak se mohu ucházet o finanční asistenci nebo získat celé zásady?

Formulář přihlášky je na obrácené straně tohoto dokumentu s návodem k vyplnění.

Pomoc s vyplněním přihlášky nebo žádost o kopii zásad můžete získat z následujících zdrojů:

- Na kterýchkoliv hospitalizačních, ambulantních nebo oddělení první pomoci pro pacienty.
- Volejte obchodní oddělení na tel: 626 397-5324 v pracovních hodinách od 8:00 do 16:00 hodin.
- (po pracovní době zanechte zprávu). Jsou dostupné služby živého překladatele
- Prostřednictvím pošty na adresu: Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (bezplatně)
- V hlavní hale nemocnice na kontaktním místě, M-F od 7:00 - 18:00 hodin.
- Stáhněte si přihlášku a kopii zásad na adrese www.huntingtonhospital.com

Je potřeba jazyková asistence?

Zásady a formuláře přihlášek jsou k dostání ve většině jazyků mluvených v naší společnosti a jsou dostupné na výše uvedených místech. Služby překladatele jsou také k dispozici.

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

Pokyny:

Vyplňte finanční formulář (neúplné přihlášky nebudou zpracovány)

Připojte požadované dokumenty:

Potvrzení o příjmech a úplnou kopii daňového přiznání.

Dopis o osobních důvodech (stručný dopis vysvětlující vaši finanční situaci)

Pošlete všechny dokumenty na:

Huntington Hospital

Attn: Obchodní oddělení / Zpracování finanční pomoci

100 W California Blvd

Pasadena, CA 91109-7013

Prosíme navštivte: WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM pro další informace o programu.