

GOTTLIEB MEMORIAL HOSPITAL
701 W. North Avenue
Melrose Park, IL 60160

INFORMACJE DLA PACJENTÓW DOTYCZĄCE POMOCY FINANSOWEJ

Gottlieb Memorial Hospital (GMH) szczeni się swoją misją zgodnie, którą zapewnia jakościową opiekę medyczną „nie nastawioną na zysk” wszystkim pacjentom w potrzebie, bez względu na ich możliwości opłaty kosztów leczenia. GMH traktuje wszystkich sprawiedliwie, z szacunkiem i zrozumieniem.

Udzielamy pomocy w przypadkach, gdy pacjent nie ma ubezpieczenia medycznego i martwi się, że być może nie będzie mógł opłacić wszystkich kosztów swojego leczenia. Wydział Gottlieb Health Resources udziela pomocy finansowej pacjentom w oparciu o ich zarobki, majątek i potrzeby. Ponadto, możemy pomóc pacjentom otrzymać zapewniane przez rząd ubezpieczenie medyczne, lub opracować dogodny plan spłat.

Obowiązki pacjenta

W celu rozważenia podania o pomoc finansową złożonego zarówno przez pacjenta ubezpieczonego, jak i nieubezpieczonego, pacjent musi podać szpitalowi odpowiednie informacje i dokumentację konieczną do złożenia podania o inne istniejące źródła pomocy finansowej.

W celu uzyskania zniżek w ramach polisy pomocy finansowej ubezpieczeni, jak i nieubezpieczeni pacjenci muszą podać organizacji wszystkie informacje finansowe oraz inne, konieczne do ustalenia ich kwalifikacji.

Dalsze informacje można uzyskać dzwoniąc do Wydziału Obsługi Klientów (Customer Service Department) na numer (708) 450-4902. Udzielamy odpowiedzi uprzejmie i poufnie.

GOTTLIEB MEMORIAL HOSPITAL
PODANIE O POMOC FINANSOWĄ

Nazwisko pacjenta: _____ Dnia: _____

Nazwisko peteneta: _____

Czy ktoś w rodzinie jest niezdolny do pracy w wyniku odniesionych obrażeń? TAK _____
NIE _____

Ile osób liczy rodzina? _____

Wiek każdego członka rodziny: _____

Którzy członkowie rodziny pracują? _____

Czy głowa rodziny jest wdową/wdowcem lub rozwiedziony/a? TAK ___ NIE _____

Jeśli rozwiedziony/a, czy otrzymuje lub płaci alimenty lub inne wsparcie na dzieci?

_____ Otrzymuję alimenty/wsparcie na dzieci: \$ _____ na miesiąc

_____ Płacę alimenty/wsparcie na dzieci: \$ _____ na miesiąc

Czy są jakieś inne problemy zdrowotne lub finansowe, które powinny być rozważone?

Majątek – Fundusze na koncie czekowym/oszczędnościowym \$ _____

Roczne zarobki \$ _____

Inne zarobki (wyjaśnić) \$ _____

Razem z podaniem należy przesłać kopie następujących dokumentów (NIE NALEŻY PRZESYLAĆ ORYGINAŁÓW):

- 1) Ostatni wykaz podatkowy (Formularz 1040) i/lub wykaz Social Security
- 2) Ostatnie dwa odcinki płacy wszystkich pracujących członków rodziny
- 3) Ostatnie dwa wykazy bankowe
- 4) Ostatnie dwa poświadczenia spłat hipoteki lub odcinki opłaty za czynsz
- 5) Rachunki za świadczenia lub jakiegokolwiek inne rachunki, które powinny być wzięte pod uwagę

Prosimy przesłać wypełniony formularz Podania o Pomoc Finansową wraz z kopiami dokumentów poświadczających podane informacje na adres:

Gottlieb Memorial Hospital
Patient Accounts Department
701 W. North Avenue
Melrose Park, IL 60160

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA

DNIA