

POVJERLJIV ZAHTEJ ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Razumijem da Spectrum Health provjerava dostavljene podatke o godišnjim prihodima, veličini porodice i imovini. Takođe razumijem da će moj zahtjev biti odbijen ako se utvrdi da su dostavljeni podaci lažni i da će iznos na računu u tom slučaju biti moja odgovornost.

Ako imate pitanja ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju zahtjeva, nazovite nas na telefonski broj 844-838-3115 ili nam pošaljite imejl na financialcounseling@spectrumhealth.org.

PRVI DIO: PODACI O PACIJENTU (štampanim slovima)							
Broj računa		Datum(i) usluge		Broj socijalnog osiguranja			
Ime (prezime, ime, srednji inicijal)				Datum rođenja			
Adresa			Grad		Država		Pošanski broj
Kućni telefon ()		Mobitel ()		Drugi telefonski broj ()		Okrug ("county")	
Bračni status <input type="checkbox"/> samac <input type="checkbox"/> oženjen <input type="checkbox"/> razveden <input type="checkbox"/> drugo _____		Da li imate prijavljeni boravak u Sjedinjenim Državama? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		Da li ste u trenutku primanja usluge imali zdravstveno osiguranje ili bilo kakvo drugo osiguranje? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne			
Da li prijavljujete federalne takse? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Ako ne, zašto ne? _____		Ko je glavni prijavitelj taksi? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> supružnik <input type="checkbox"/> drugo lice: _____		Da li neko u domaćinstvu prima državnu pomoć? <input type="checkbox"/> novčana pomoć <input type="checkbox"/> hrana <input type="checkbox"/> drugo: _____			
DRUGI DIO: PODACI O DOMAĆINSTVU (navedite sve osobe koje žive u vašem domaćinstvu)							
Ime člana domaćinstva	Datum rođenja	Odnos sa pacijentom	Da li ovu osobu navodite u svojoj prijavi federalnih taksi?	Ime člana domaćinstva	Datum rođenja	Odnos sa pacijentom	Da li ovu osobu navodite u svojoj prijavi federalnih taksi?
1.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	4.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	5.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
3.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	6.			<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Sve ostale članove domaćinstva možete navesti na dodatnom papiru.							
TREĆI DIO: TROŠKOVI (navedite mjesečne troškove za sve članove domaćinstva)				OVAJ DIO NIJE POTREBNO POPUNJAVATI ZA KLINIKE NHSC I MSLRP			
Kredit za kuću		Kredit za vozilo		Grijanje		Mobitel	
Imovinska taksa (godišnje)		Osiguranje za vozilo		Struja		Namirnice	
Renta/renta za zemljište		Benzin (za vozilo)		Telefon		Školarina	
Osiguranje za kuću/rentanje		Čuvanje djece/naknada za dijete		Voda/kanalizacija/odvoz smeća		Drugo: _____	
Zdravstveno osiguranje/troškovi		Životno osiguranje		Kablovska televizija/Dish TV/Internet		Drugo: _____	

ČETVRTI DIO: PRIHODI (navedite prihode za sve članove domaćinstva)

Izvor prihoda	Koji član domaćinstva ima ovaj prihod?	Trenutačni bruto iznos mjesečnog prihoda	Izvor mjesečnog prihoda	Koji član domaćinstva ima ovaj prihod?	Trenutačni bruto iznos mjesečnog prihoda
Plaća			Plaća		
Samo-zapošljavanje			Samo-zapošljavanje		
Naknada za dijete/alimentacija			Naknada za dijete/alimentacija		
Socijalno osiguranje			Socijalno osiguranje		
Investicije/kamate			Investicije/kamate		
Penzija/dionice			Penzija/dionice		
Napojnica/provizija od prodaje			Napojnica/provizija od prodaje		
Prihod od iznajmljivanja			Prihod od iznajmljivanja		
Plemenski prihod			Plemenski prihod		
Naknada za nezaposlene			Naknada za nezaposlene		
Naknada zbog povrede na poslu			Naknada zbog povrede na poslu		
Drugo: _____			Drugo: _____		

PETI DIO: IMOVINA DOMAĆINSTVA (navedite imovinu svih članova domaćinstva) OVAJ DIO NIJE POTREBNO POPUNJAVATI ZA KLINIKE NHSC I MSLRP

Izvor imovine	Koji član domaćinstva je vlasnik ove imovine?	Trenutačna vrijednost imovine	Izvor imovine	Koji član domaćinstva je vlasnik ove imovine?	Trenutačna vrijednost imovine
Čekovni račun			Vrijednost imovine (doma)		
Čekovni račun br. 2			Vrijednost imovine br. 2		
Štedni račun			Vrijednost vozila (primarnog)		
Štedni račun br. 2			Vrijednost vozila br. 2		
Oročena štednja/tržište novca			Motocikl/ATV/čamac/prikolica		
Štedni račun za penziju 401k/403B/IRA/penzija			Životno osiguranje (vrijednost isplate u slučaju prekida ugovora)		
Dionice/obveznice/godišnja renta			Drugo: _____		
Štedni račun za zdravstvene troškove/fleksibilni štedni račun			Drugo: _____		

Svojim potpisom potvrđujem da je sve navedeno u ovom zahtjevu i priloženim dokumentima točno.

Potpis odgovorne strane _____ Datum _____

Potpis supružnika _____ Datum _____

Poslati na: Spectrum Health

Attn: Financial Counseling

100 Michigan

Grand Rapids, MI 49503

Priložite kopije sljedećih dokumenata:

_____ Zadnja prijava такси

_____ Potpuni izvodi iz banke za 3 mjeseca

_____ Dokazi o prihodima za 3 mjeseca (odresci od plaće,
itd.)

_____ Trenutačni izvodi za sve investicije

_____ Odluka/odbijanje zahtjeva za Medicaid, ako ste ga
podnijeli

_____ Ako nemate prihoda, pismo osobe koja vas uzdržava