



Faxton St. Luke's Healthcare
1656 Champlin Avenue
Utica, NY 13502

St. Elizabeth Medical Center
2209 Genesee Street
Utica, NY 13501

Bosnian Language

FINANCIJSKA POMOĆ APLIKACIJA/DETERMINACIJA

Pacijentovo prezime _____ Ime _____
Srednje ime _____ Datum rođenja _____
Supružnikovo prezime _____ Ime _____
Srednje ime _____ Datum rođenja _____
Adresa _____ Grad/Država _____ Poštanski broj _____
Socijalni broj _____ Telefon(kućni) _____ (poslovni) _____
Poslodavac _____
Veličina domaćinstva _____ (broj ukućana izlistan na zadnjoj obradi takse)

	Zadnjih 12 mjeseci	Zadnja 3 mjeseca
Pacijentov bruto dohodak	_____	_____
Dohodak drugih članova familije	_____	_____
Ukupan dohodak u domaćinstvu	_____	_____

Uključite dohodak (prihod) od plata (zadnja 3 mjeseca platnog izvještaja), obračun takse iz prethodne godine, dohodak od samozaposlenja, čekove od social security, penziju, kompenzaciju, socijalnu pomoć, alimentaciju, dječiji dohodak, kamate, rentalne dividende, V.A. naknade i slično.

Da li je pacijent izdržavana osoba na bilo kojoj dodatnoj poreznoj formi Da Ne

Ako jeste molimo vas zakačite kopiju posljednjeg obračuna poreza

Možemo vam tražiti dodatnu financijsku dokumentaciju.

Molimo vas detaljno obrazložite sve promjene kada su u pitanju familijarne okolnosti ili promjene u dohodku 6 mjeseci prije ispunjavanja ove forme, takođe obrazložite sve promjene koje očekujete u vremenskom periodu od 6 mjeseci nakon ispunjavanja ove forme.

Ako želite podnijeti zahtjev za MVHS program financijske pomoći, molimo vas ispunite ovaj formular u roku 90 dana nakon vašeg otpuštanja, dostavite nam sve tražene dokumente kada je u pitanju dohodak vaše familije. Ako se od vas traži da podnesete zahtjev za Medicaid, New York Health Exchange ili Medicare to morate učiniti prije nego što nama dostavite ovaj formular. Ako ste odstranjeni iz Medicaid-ovog pokrića zbog usklađenosti ili kriterije moguće je da ćete dobiti odbijenicu za financijsku pomoć. MVHS poslovni ured će donijeti konačnu pisanu odluku vaše podobnosti u roku od 30 radnih dana nakon što primi zahtjev i sve potrebne dokumente. Za potpunu verziju MVHS vodiča za financijsku pomoć molimo vas posjetite našu web stranicu na mvhealthsystem.org/billing ili nas nazovite

FSLH (315)624-5170 ili SEMC (315) 801-3108 kako bismo vam mogli poslati kopiju. Ako želite uložiti žalbu na našu odluku, molimo vas kontaktirajte prikladni poslovni ured. Takođe možete kontaktirati NYS DOH 1(800)-804-5447 ili 1(518)-402-6993.

Tvrdim da su gore navedene informacije prema mojim najboljim saznanjima tačne. Dalje, ja ću podnijeti zahtjev za bilo kakvu pomoć (Medicaid, Medicare, osiguranje itd.) koje će možda biti dostupno da plati moj bolnički račun, i ja ću poduzeti sve razumno potrebne mjere kako bi dobio tu pomoć i dodijeliti ću ili platiti pribranu svotu za bolnički račun. Ako se dokaže da su bilo koje informacije koje sam vam dao netačne, ja razumijem da bolnica može

ponovno procijeniti moje novčano stanje i poduzeti odgovarajuće mjere. Razumijem i da su informacije koje sam vam priložio podložne provjeri od strane MVHS i njene unutarnje revizije.

Datum zahtjeva

Potpis zahtjevaoca

ODLUKA O KVALIFIKACIJI(Samo za uredsku upotrebu)

Datum prijema zahtjeva _____ Period odobrenja _____

Pacijentova sredstva i pasiva ne potrebna za opstanak pregledana od strane kreditnog nadzornika _____

Primljeni dokumenti sa potvrdom prihoda W-2's _____ Platna lista _____ Ostalo _____

Datum odluke ovog zahtjeva _____ Odobreno _____ Odbijeno _____ Ovlašteni potpis _____

Odobreno: Rang 1 _____ Rang 2 _____ Rang 3 _____ (u prilogu pogledajte pacijentovu odgovornost)

Obrazloženje odbijenice _____