

**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 osoba koje žive u istom kućanstvu )

	Zadnjih 12 mjeseci	Zadnja 3 mjeseca
Pacijentov bruto dohodak	_____	_____
Dohodak drugih članova porodice	_____	_____
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 zakažite kopiju posljednjeg obračuna poreza

Možemo vam tražiti dodatnu financijsku dokumentaciju.

**Molimo vas detaljno obrazložiti sve promjene kada su u pitanju porodične okolnosti ili promjene u dohodku 6 mjeseci prije ispunjavanja ove forme, također obrazložiti 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 porodice. 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 pokrivača 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](http://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

Bosnian

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 \_\_\_\_\_