

## Wniosek o zniżkę ze względu na trudną sytuację

### Ogólne informacje o programie dla osób w trudnej sytuacji

Informacje, które należy podać w tym wniosku są wymagane do ustalenia kwalifikowalności do zniżki dla osób w trudnej sytuacji. Program zniżek dla osób w trudnej sytuacji jest skierowany do ubezpieczonych i nieubezpieczonych pacjentów, których dochód przekracza limity uprawniające do korzystania z pomocy finansowej. Kwalifikowalność opiera się na należnościach za usługi otrzymane w Aurora Health Care w porównaniu z dochodem gospodarstwa domowego pacjenta.

### Wymagania dotyczące ubiegania się o zniżkę ze względu na trudną sytuację

Aby ubiegać się o zniżkę ze względu na trudną sytuację, pacjent musi spełniać następujące wymagania:

- Być mieszkańcem Wisconsin
- Pacjent musi w pełni współpracować w ramach procedury weryfikacji kwalifikowalności do programu zniżek dla osób w trudnej sytuacji. Jeśli do wypełnienia wniosku potrzebne będą dodatkowe informacje i/lub dokumenty potwierdzające, do pacjenta zostanie wysłane pismo z informacjami o potrzebnych dokumentach i terminach ich dostarczenia. Jeśli wymagane informacje nie zostaną dostarczone w terminie, pacjent nie będzie kwalifikował się do udziału w programie.

### Czego należy oczekiwać: Procedura weryfikacji kwalifikowalności

Kwalifikowalność zostanie określona w odpowiednim terminie od daty otrzymania wniosku przez zespół ds. pomocy finansowej (Financial Assistance Team) w Aurora Health Care. Po zakończeniu weryfikacji, pacjent otrzyma pismo z informacją o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku.

Proszę wypełnić wszystkie 3 strony formularza. [Wypełnienie całego formularza zapobiegnie opóźnieniom w procedurze weryfikacji.](#)

Informacje o pacjencie			
Imię i nazwisko pacjenta	Nr ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia	Numer konta

Informacja o wnioskodawcy					
Imię i nazwisko wnioskodawcy		Powiązanie z pacjentem	Nr ubezp. społecznego	Data urodzenia	Stan cywilny
Adres			Miejscowość, stan i kod pocztowy		
Nr telefonu domowego	Nr komórkowy	Imię i nazwisko osoby do kontaktu w nagłym przypadku		Nr tel. do kontaktu w nagłym przypadku	
Nazwa pracodawcy		Adres pracodawcy		Telefon w pracy	

UWAGA: Jeśli adres, na który pacjent otrzymuje pocztę, różni się od adresu zamieszkania, należy wypełnić poniższe informacje dotyczące adresu do korespondencji.

Adres pocztowy	Miejscowość, stan i kod pocztowy
----------------	----------------------------------

Informacje o ubezpieczeniu zdrowotnym <input type="checkbox"/> Zaznaczyć to pole w przypadku, gdy pacjent <u>nie</u> ma żadnego źródła ubezpieczenia zdrowotnego				
Dostawca ubezpieczenia zdrowotnego	Imię i nazwisko posiadacza polisy ubezpieczeniowej	Nr polisy	Nr polisy grupowej	Data wejścia w życie
Czy członek gospodarstwa domowego stracił pracę w ciągu ostatnich 60 dni?			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy otrzymał(a) on(a) powiadomienie o możliwości wybrania ubezpieczenia COBRA?			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy wybrał(a) ubezpieczenie COBRA?			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Jeśli członek gospodarstwa domowego nie wybrał ubezpieczenia COBRA, proszę zaznaczyć jedną opcję: <input type="checkbox"/> Składki w COBRA są zbyt wysokie <input type="checkbox"/> Ma nowe ubezpieczenie				

Proszę wymienić poniżej wszystkich członków gospodarstwa domowego				
Imię i nazwisko	Nr ubez. społecznego	Data urodzenia	Powiązanie z pacjentem	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

UWAGA! Dodatkowych członków gospodarstwa domowego można wymienić w części „Uwagi” na stronie 3 formularza.

Miesięczny dochód gospodarstwa domowego		
Rodzaj dochodu	Miesięczny dochód brutto wnioskodawcy	Miesięczny dochód brutto współmałżonka wnioskodawcy
Dochód z tytułu zatrudnienia	\$	\$
Renta/emerytura/emerytura z ubezpieczenia społecznego	\$	\$
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy	\$	\$
Zasiłek z tytułu bezrobocia	\$	\$
Zapomoga na dziecko/alimenty	\$	\$
Inny (podać źródło tutaj _____)	\$	\$

## Oświadczenie o wsparciu

Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną przez ostatnie \_\_\_\_\_ lat(a) / \_\_\_\_\_ miesiące(miesiący). W związku z brakiem pracy zarobkowej, żywność, miejsce do mieszkania i ubrania zapewnia mi \_\_\_\_\_ (powiązanie z wnioskodawcą = \_\_\_\_\_)

## Potwierdzenie i podpisy

Niniejszym oświadczam, że informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą, rzetelne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Niniejszym upoważniam Szpital do skontaktowania się z dowolną osobą, firmą lub organizacją w celu zweryfikowania podanych informacji i niniejszym upoważniam każdą taką osobę, firmę lub organizację do ujawnienia Szpitalowi wszelkich informacji finansowych, o które może wnioskować.

Podpis wnioskodawcy

Data

Wypełniony formularz przesłać pocztą na adres:

Aurora Health Care  
Attention: Financial Assistance  
PO Box 909996  
Milwaukee, WI 53209-0996

## Uwagi