

**CERERE DE AJUTOR FINANCIAR DE LA UNIVERSITY HOSPITALS**

În cazul în care considerați că este posibil să corespundeți cerințelor necesare pentru a beneficia de ajutor financiar, completați această cerere. Pentru a fi luată în considerare, cererea trebuie completată în întregime și trebuie să fie semnată.

Dacă aveți întrebări sau nelămuriri legate de această cerere sau pentru ajutor privind modul de completare, **sunăți-ne la (866) 771-7266 ori vizitați-ne la orice unitate UH.**

Numele pacientului: \_\_\_\_\_ Data nașterii pacientului: \_\_\_\_\_ Data furnizării serviciului: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Starea civilă: \_\_\_\_\_ Nr. contului: \_\_\_\_\_  
Orașul: \_\_\_\_\_ Nr. de telefon: \_\_\_\_\_ Unitatea de primire: \_\_\_\_\_  
Statul: \_\_\_\_\_ Cod poștal: \_\_\_\_\_

Erați rezident în statul Ohio la data la care ați beneficiat de acest serviciu?  Da  Nu

Aveți o asigurare de sănătate care acoperă aceste servicii?  Da  Nu Dacă da, introduceți informațiile mai jos și anexați o copie a cardului de asigurare

Numele companiei de asigurări: \_\_\_\_\_ Nr. poliței \_\_\_\_\_ Nr. grupului: \_\_\_\_\_

Îndepliniți criteriile de eligibilitate pentru COBRA?  Da  Nu

Aveți beneficii Medicaid?  Da  Nu Dacă da, introduceți nr. de facturare \_\_\_\_\_ și anexați o copie a cardului Medicaid

Aveți un  Acord de rambursare a cheltuielilor medicale  Cont de economii medicale  Cont de cheltuieli flexibile

Enumerati mai jos toți membrii familiei dvs. Includeți aici părinții, soțul/soția (indiferent dacă locuiesc cu dvs. sau nu) și copiii (naturali sau adoptați) sub vârsta de 18 ani care locuiesc în aceeași casă cu pacientul. Includeți copii ale verificărilor veniturilor, cum ar fi taloane de salariu, hotărâri luate de serviciile de securitate socială, indemnizații compensatorii pentru angajați, declarații de impozit, sau sunați un consilier financiar UH pentru a discuta ce alte documente puteți aduce pentru a demonstra eligibilitatea dvs.

| Membrii familiei pacientului | Vârsta | Relația cu pacientul | Sursa de venit sau numele angajatorului | Venitul obținut 3 luni înainte de data serviciului oferit | Venitul obținut 12 luni înainte de data serviciului oferit |
|------------------------------|--------|----------------------|---|---|--|
| Pacientul -                  |        | pentru sine          |   |   |  |
| 2.                           |        |                      |   |   |  |
| 3.                           |        |                      |   |   |  |
| 4.                           |        |                      |   |   |  |
| 5.                           |        |                      |   |   |  |

Dacă ați indicat mai sus un venit de 0,00 dolari, explicați pe scurt cum ați putut dvs. (sau pacientul) să supraviețuiți din punct de vedere financiar în perioada specificată.

De asemenea, am facturi de la următoarele unități UH: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA ||  
HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Prin semnătura mea de mai jos, declar pe propria răspundere că răspunsurile pe care le-am dat în această cerere sunt adevărate. Înțeleg că este ilegal să furnizez, în mod intenționat, informații false pentru a obține beneficii guvernamentale. De asemenea, înțeleg că este posibil ca alte părți să se bazeze pe informațiile furnizate de mine aici. Prin prezenta, le autorizez să facă acest lucru.

Semnătura persoanei responsabile: X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Semnătura reprezentantului UH: X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:** #in HH \_\_\_\_\_ 3mo TTL \_\_\_\_\_ 12 mo TTL \_\_\_\_\_ FPL \_\_\_\_\_  HCAP  UCAP  AGB  M

Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

# University Hospitals

## CHELTUIELI NECESARE DIN PUNCT DE VEDERE MEDICAL INTERVENITE ÎN ANUL CALENDARISTIC PRECEDENT

Acest formular este folosit în scopul identificării cheltuielilor necesare din punct de vedere medical acoperite din fonduri proprii, pentru a ne ajuta să stabilim dacă îndepliniți condițiile necesare pentru a beneficia de asistență suplimentară privind contul în baza politicii de ajutor financiar UH.

**COMPLETAȚI FORMULARUL NUMAI DACĂ NU SUNTEȚI UN PACIENT ASIGURAT CARE DOREȘTE SĂ BENEFICIEZE DE AJUTOR SAU DACĂ NU SUNTEȚI ASIGURAT ȘI VENITUL DVS. REPREZINTĂ PESTE 250% DIN SUMA STABILĂ CA PRAG FEDERAL DE SĂRĂCIE**

Enumerați toate spitalele, toți medicii și toate serviciile farmaceutice la care aveți datorii din anul calendaristic precedent. Rețineți că trebuie să furnizați o explicație a beneficiilor asigurării privind toate cheltuielile efectuate.

| <u>FURNIZORUL SERVICIULUI</u> | <u>DATA SERVICIULUI</u> | <u>SUMĂ DATORATĂ DE PACIENT</u> | <u>OFFICE USE ONLY</u>   |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|--|
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |
| _____                         | _____                   | _____                           | <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd |

SUMA TOTALĂ DATORATĂ DE PACIENT ÎN ACEST AN CALENDARISTIC \_\_\_\_\_

Aveți întrebări privind modul de completare a acestei cereri? Sunați-ne la (866) 771-7266

**Trimiteți cererea completată la University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122**

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_  10  15  20  25  NOT QUALIFIED Date Completed: \_\_\_\_\_