

Poštovani Podnositelje zahtjeva:

Molimo Vas da popunite ovu prijavu ako Vam je teško platiti zdravstvenu zaštitu.

Ova aplikacija nam pomaže da odlučimo možemo li smanjiti vaše troškove zdravstvene zaštite za usluge u objektima Dartmouth Health. Molimo vas da odgovorite na sva pitanja u vezi vas i vašeg domaćinstva. Vaše informacije su povjerljive. Bit će podijeljene samo sa osobljem koje obrađuje vaš zahtjev.

Ako vaši prihodi i imigracijski status ispunjavaju uslove za Medicaid, morat ćete se prijaviti. Možemo Vam pomoći u tome. Ako doživite nesreću, morat ćete iscrpiti druge izvore naplate, kao što je osiguranje od odgovornosti treće strane.

Potreban nam je dokaz o vašim prihodima i likvidnoj imovini kako bismo utvrdili da li ispunjavate uslove za finansijsku pomoć. Molimo vas da navedete sljedeće:

Potrebni dokumenti

- **Prihod:** Kompletna kopija vaše najnovije prijave poreza na dohodak na saveznom nivou i svih pratećih obrazaca i priloga (npr. 1040, 1099, itd.) Napomena: ako ne podnosite poresku prijavu ili ovo ne odražava vaš trenutni prihod, pogledajte opcije alternativne dokumentacije u nastavku.
- **Likvidna imovina:** Kopija dva (2) najnovija bankovna ili druga finansijska izvještaja (npr. štedni račun, tekući račun, novčana berza itd.) za svaki račun koji posjeduje osoba koja podnosi zahtjev.

Alternativna dokumentacija o prihodima

- **Za zaposlene:** Kopije dvije (2) najnovije platne liste od svih poslodavaca za svaku osobu koja se prijavljuje. Ako nije primjenljivo, molimo vas da dostavite pisanu izjavu poslodavca s podacima o prihodima.
- **Za nezaposlene:** Kopija izvoda o naknadi za nezaposlenost, ako je primjenljivo (npr. ček, izvod iz banke, onlajn potvrda itd.).
- **Za samozaposlene:** Bilans uspjeha za posljednja 3 mjeseca.
- **Ako posjedujete nekretninu za iznajmljivanje:** Prihod od izdavanja – kopija trenutnog obrasca Priloga E Porezne uprave.
- **Ako primате naknadu za invalidnost iz sistema socijalnog osiguranja:** Kopija potvrde o naknadi za invalidnost / rješenja o pravu na invalidninu ili ček, bankovni izvod, online potvrda, itd.
- **Ako primате socijalno osiguranje, penziju ili prihod od penzije:** Kopija vašeg rješenja o pravu (na naknadu), odreska od čeka, bankovnog izvoda, itd. Napomena: Nije potrebno osigurati dopunski sigurnosni prihod.
- **Druge vrste prihoda:** Ako primате prihod koji nije ovdje naveden, pozovite naše Zastupnike pacijenata na 844-647-6436 kako biste utvrdili potrebnu dokumentaciju.

Nastavićete biti finansijski odgovorni za sve usluge koje primite dok se ne primi Vaša popunjena aplikacija. Ako Vam se nismo javili u roku od 30 dana nakon što ste poslali zahtjev ili Vam je potrebna pomoć u popunjavanju zahtjeva, nazovite jednog od naših Advokata za pacijente na 844-647-6436. **Radno vrijeme je od 9 do 16:30, ponedjeljak – petak.**

Pomoć pri popunjavanju ove prijave možete dobiti lično na sljedećim lokacijama:

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
603-650-6222

Dartmouth-Hitchcock
Clinic Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

Cheshire Medical Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

Alice Peck Day
Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
603-526-5503

Mt. Ascutney Hospital
and Health Center 298
County Road
Windsor, VT 05089
802-674-7233

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

**Popunjene zahtjeve
treba poslati na jednu od
adresa u nastavku:**

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Faks: 603-640-1913

Zahtjev za finansijsku pomoć

1. Informacije o pacijentu

Prezime	Ime	Srednji inicijali	SSN#	Datum rođenja
Adresa ulice		Grad	Država	ZIP
Poštanska adresa (ako se razlikuje od gore navedene)		Grad	Država	ZIP
Broj kućnog telefona		Broj poslovnog telefona		
☐ Sam(a) ☐ U braku ☐ Građanska unija ☐ Odvojen/a ☐ Razveden/a ☐ Udovac/Udovica				

2. Molimo vas da navedete sva izdržavana lica koja žive u vašem poreskom domaćinstvu.

(Domaćinstvo se definiše kao vi sami, supružnik/vanbračni partner i sva izdržavana lica na poreskoj prijavi.)

	Ime	Srodstvo sa pacijentom	DATUM ROĐENJA	SSN#	Prijavljuje se: da/ne
1	Lično				
2					
3					
4					
5					
6					

3. Je li ovo aplikacija za buduće ili prošle usluge? ☐ Budući ☐ Prethodni datum(i) usluga: _____

4. Molimo vas da napišete ako je neko u vašem domaćinstvu osiguran:

Zdravstveno osiguranje (plan/naziv), _____ Zdravstveni štedni račun ☐ Da ☐ Ne Ko: _____

ID politike br _____ Odbitni iznos: _____

Medicare dio A _____, Medicare dio B _____, Primanja pomoći za plaćanje Medicare dio B _____, Ko: _____

5. Je li se neko u vašem domaćinstvu prijavio za Medicaid? ☐ Da ☐ Ne Ko: _____

Ako je odgovor Da i odbijeni ste, pošaljite kopiju obavijesti o odbijanju Medicaida.

6. Je li netko u vašem domaćinstvu trudan? ☐ Da ☐ Ne

7. Je li netko u vašem domaćinstvu služio vojsku? ☐ Da ☐ Ne Ko: _____

8. Da li ste nedavno podnijeli zahtjev za nadoknadu štete ili zahtjev za nadoknadu za nesreću sa motornim vozilima? ☐ Da ☐ Ne Datum: _____

9. Ima li neko u vašem domaćinstvu pravo na socijalno osiguranje? ☐ Da ☐ Ne Ko: _____

10. Da li vas još neko traži na povratu poreza na dohodak? ☐ Da ☐ Ne Ko: _____

11. Podaci o porezu na prihod domaćinstva/likvidnoj imovini

	Osoba 1:	Osoba 2:	Osoba 3:
Ime svakog člana domaćinstva:	_____	_____	_____
Naziv poslodavca:	_____	_____	_____
Bruto mjesečni prihod od:			
Zaposlenje:	USD _____	USD _____	USD _____
Samozaposlenje:	USD _____	USD _____	USD _____
Investicioni računi:	USD _____	USD _____	USD _____
Iznajmljivanje nekretnina:	USD _____	USD _____	USD _____
Nezaposlenost:	od MM. / DD. / GGGG.	od MM. / DD. / GGGG.	od MM. / DD. / GGGG.
Penzija: (Soc. Sigurnost, Penzija, Anuitet)	USD _____	USD _____	USD _____
Alimentacija: (iz sudskih poravnanja prije 2019. godine)	USD _____	USD _____	USD _____
Štednja i likvidna sredstva:			
Provjera stanja računa:	USD _____	USD _____	USD _____
Stanje na štednim i Tekućim računima:	USD _____	USD _____	USD _____
Ostale likvidne uštede i investicije:			
Odrediti: _____	USD _____	USD _____	USD _____

Dodatne informacije

Molimo vas da navedete sve ostale informacije o vašoj trenutnoj finansijskoj situaciji koje biste željeli da znamo, kao što su poteškoće s plaćanjem računa, stanarine ili hrane.

Potpisivanjem ispod odobravam zahtjev za uvid u moju poresku prijavu. Razumijem da je za obradu ove prijave potrebna prijava poreza i da se može zatražiti više informacija prije nego što se utvrdi moja podobnost. U slučaju da nisam u potpunosti otkrio/la ili netačno predstavio/la bilo koji prihod ili imovinu, bilo koji ugovor o pružanju dobrotvornog popusta za njegu bio bi nevažeći i vratio bi se natrag na datum od kada se računi duguju. Mogu biti odgovoran za bilo koje/sve pravne troškove tokom postupka naplate.

Svi punoljetni članovi domaćinstva koji potpišu u nastavku ovlašćuju objavljivanje bilo kakvih medicinskih, finansijskih ili podataka o zaposlenju koji se odnose direktno na njihovu zdravstvenu zaštitu ili na podobnost njihove finansijske pomoći. Ove informacije mogu se objaviti svim pružateljima zdravstvenih usluga od kojih su članovi domaćinstva zatražili zdravstvene usluge ili finansijsku pomoć. Sve pružene informacije ostat će povjerljive prema odredbama federalnih propisa HIPAA-e. Izborni postupci se ne mogu uzeti u obzir za pomoć.

Slažem se da ću vratiti punu naknadu za novčanu pomoć ako primim bilo kakvu uplatu za medicinske usluge obuhvaćene ovom prijavom, na primjer, plaćanja osiguranja, plaćanja državnih programa, nagradu od tužbe ili bilo koju drugu uplatu.

Ako primim novčanu pomoć, pristajem da kažem organizaciji gdje sam prvi put primijenio bilo kakve promjene koje bi mogle uticati na podobnost, uključujući promjene veličine porodice, prihoda i zdravstvenog osiguranja. Razumijem da ako se moja/naša zdravstvena situacija promijeni tako da ja/mi ostvarimo pravo na program javne pomoći, možda ću se morati prijaviti na taj program i dostaviti dokaz o podnošenju prijave.

Potpis podnosioca zahteva

Datum

Potpis supodnosioca

Datum