

Dzisiejsza data (MM/DD/RRRR) (Do zwrotu w ciągu 30 dni)	
Nr dokumentacji medycznej:	
Poręczyciel nr:	
Polecony przez:	
Imię i nazwisko wnioskodawcy: (imię, drugie imię, nazwisko)	



Wniosek o pomoc inansową

Przesłać do: Gundersen Health System, ATTN: CFS/NCA3- 01
1900 South Ave., La Crosse, WI 54601
financialassistance@gundersenhealth.org

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE Jeżeli jest, podać informacje oraz załączyć kopię karty ubezpieczeniowej

Nazwa i adres firmy ubezpieczeniowej:

Numer polisy:

MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG

☐ Gundersen Lutheran Medical Center/Klinika

☐ Szpital i Klinika Gundersen St. Joseph's

☐ Szpital i Klinika Gundersen Boscobel Area

☐ Szpital i Klinika Gundersen Tri-County

☐ Szpital i Klinika Palmer Lutheran

☐ Szpital i Klinika Gundersen Moundview

☐ Szpital i Klinika Gundersen St. Elizabeth's

NALEŻY ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE POLA, KTÓRE DOTYCZĄ I DOSTARCZYĆ DOKUMENTACJĘ WSPIERAJĄCĄ

☐ Osoba bezdomna – wyjaśnić:

☐ Osoba zmarła, bez majątku

☐ Osoba przebywająca w zakładzie karnym

PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ KOPIE WYMAGANEJ, NIŻEJ WYMIENIONEJ DOKUMENTACJI, A NASTĘPNIE WYPEŁNIĆ I PODPISAĆ WNIOSEK

☐ Kopie wyciągów 401K / Emerytalnych / Certyfikatów depozytowych (CD) / innych

☐ Przedłożyć list przedstawiający sytuację finansową

☐ Kopie odcinków wypłaty z 30 dni dla całego zgłoszonego dochodu

☐ Kopie świadczeń ubezpieczenia społecznego (SS) (jeśli dotyczy)

☐ Kopie zaświadczeń o statusie bezrobotnego z ostatnich 30 dni

☐ Kopie wyciągów z bankowych kont bieżących i oszczędnościowych

☐ Kopie deklaracji podatku od nieruchomości

☐ Kopie wyciągu stanu konta kredytu hipotecznego

Złożone zeznanie dot. federalnego podatku dochodowego? Aby uzyskać kopię dokumentacji podatkowej, należy zadzwonić pod nr 1-800-829-1040

☐ Tak – należy przesłać dokumentację dotyczącą ostatniego zwrotu podatku federalnego załączniki potwierdzające.

☐ Nie – prosimy wyjaśnić, dlaczego:

Ubiegam się lub będę się ubiegać o pomoc stanową lub federalną w zakresie opieki medycznej (nie obowiązuje rodzin o rocznym dochodzie nieprzekraczającym 200% progu określonego w aktualnych wytycznych FPG.

☐ Tak ☐ Nie – zbyt wysoki dochód

☐ Nie – inny powód, dlaczego?

PREFEROWANIE KOMUNIKACJI POPRZECZ E-MAIL:			
Rozumiem, że niekodowane wiadomości e-mail nie stanowią bezpiecznej metody komunikacji oraz że istnieje pewne ryzyko, iż informacje zawarte w wiadomości e-mail mogą zostać wysłane na nieprawidłowy adres lub mogą do nich uzyskać dostęp bądź je przechwycić niepowołane osoby trzecie. Zwracam się z prośbą, aby Gundersen Health System przekazywał mi informacje dotyczące tego Wniosku o pomoc finansową za pośrednictwem poczty e-mail. Rozumiem, że w dowolnej chwili mogę wycofać tę prośbę.		☐ Tak ☐ Nie Adres e-mail:	
PACJENT/STRONA ODPOWIEDZIALNA			
Proszę zaznaczyć jedno pole: ☐ Stan wolny ☐ Żonaty/zamężna ☐ Wdowiec/wdowa ☐ Rozwiedziony(-a) ☐ W separacji			
Imię i nazwisko <i>(Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko)</i>		Data urodzenia <i>(MM/DD/RRRR)</i>	
Adres	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Numer telefonu:	Wielkość gospodarstwa domowego <i>(Pacjent, Współmałżonek i Osoby zależne)</i>		
Status zatrudnienia: ☐ Pełny wymiar ☐ Niepełny wymiar ☐ Samozatrudniony(-a) ☐ Bezrobotny(-a) ☐ Student(ka) ☐ Emeryt(ka)	Nazwa pracodawcy:		
Data zatrudnienia: <i>(MM/DD/RRRR)</i>	Częstotliwość wypłat: ☐ Co tydzień ☐ Co dwa tygodnie ☐ Co miesiąc ☐ Dwa razy w miesiącu		Czy ubiegający się jest zgłoszony w innym roszczeniu dotyczącym zwrotu podatku? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli „tak”, należy dostarczyć to rozliczenie podatkowe.
Bezrobotny: <i>(DD/MM/RRRR)</i> Od: Do:	Przeciętny miesięczny dochód brutto: \$		Miesięcznie SSI/SSDI: \$
WSPÓŁMAŁŻONEK <i>(jeśli dotyczy)</i>			
Imię i nazwisko <i>(Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko)</i>		Data urodzenia <i>(MM/DD/RRRR)</i>	Numer telefonu:
Status zatrudnienia: ☐ Pełny wymiar ☐ Niepełny wymiar ☐ Samozatrudniony(-a) ☐ Bezrobotny(-a) ☐ Student(ka) ☐ Emeryt(ka)		Nazwa pracodawcy:	
Data zatrudnienia: <i>(MM/DD/RRRR)</i>	Częstotliwość wypłat: ☐ Co tydzień ☐ Co dwa tygodnie ☐ Co miesiąc ☐ Dwa razy w miesiącu		Czy ubiegający się jest zgłoszony w innym roszczeniu dotyczącym zwrotu podatku? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli „tak”, należy dostarczyć to rozliczenie podatkowe.
Bezrobotny(-a): <i>(MM/DD/RRRR)</i> Od: Do:		Przeciętny miesięczny dochód brutto: \$ Miesięcznie SSI/SSDI: \$	

OSOBY ZALEŻNE (jeżeli więcej niż 4 osoby, należy użyć osobnej kartki)

Pełne imię i nazwisko	Relacja	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Zgłoszony jako osoba zależna w rozliczeniu podatkowym	
1.			☐ Tak	☐ Nie
2.			☐ Tak	☐ Nie
3.			☐ Tak	☐ Nie
4.			☐ Tak	☐ Nie

INNY COMIESIĘCZNY DOCHÓD (należy dołączyć kopie dokumentacji potwierdzającej ten dochód)

Inne wynagrodzenie	\$	Dochód z wynajmu	\$	Alimenty/alimenty na dziecko	\$
Emerytura	\$	Renta inwalidzka	\$	Zasiłek z tytułu bezrobocia	\$
Inny dochód	\$	Świadczenia dla weteranów	\$	Odsetki/dywidendy	\$

SAMOCHÓD/MOTOCYKL/POJAZD REKREACYJNY (NIE DOTYCZY GOSPODARSTW Z ROCZNYM DOCHODEM NIEPRZEKRACZAJĄCYM 200% AKTUALNEGO FPG)

TYP/MARKA/MODEL/ROK	MIESIĘCZNA OPŁATA	OSZACOWANA WARTOŚĆ	NIEUREGULOWANE SALDO
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

GŁÓWNE WYDATKI: (NIE DOTYCZY GOSPODARSTW Z ROCZNYM DOCHODEM NIEPRZEKRACZAJĄCYM 200% AKTUALNEGO FPG)

RODZAJ	MIESIĘCZNA OPŁATA	OSZACOWANA WARTOŚĆ	NIEUREGULOWANE SALDO
Opłata za wynajem	\$	\$	\$
Główne miejsce zamieszkania	\$	\$	\$
Drugi kredyt hipoteczny	\$	\$	\$
Drugi/Dom wakacyjny/Ziemia	\$	\$	\$

☐ Brak – należy wyjaśnić, dlaczego ubiegający się nie ponosi opłat z tytułu wynajmu lub kredytu hipotecznego:

MAJĄTEK (NIE DOTYCZY GOSPODARSTW Z ROCZNYM DOCHODEM NIEPRZEKRACZAJĄCYM 200% AKTUALNEGO FPG)

Saldo na koncie bieżącym	\$	Saldo na koncie oszczędnościowym	\$
Akcje/Obligacje/ Certyfikaty depozytowe (CD)	\$	401K/403B	\$
Inne	\$	Inne/HSA/FSA	\$

ABY WNIOSEK ZOSTAŁ ROZPATRZONY, WYMAGANY JEST PODPIS

POŚWIADCZENIE: Oświadczam, że podane tutaj dane dotyczące dochodu/wydatków są prawidłowe i zgodne z prawdą. Należy mieć świadomość, że możemy sprawdzić dostarczone informacje dotyczące raportu kredytowego. Rozumiem, że w przypadku świadomego podania we wniosku nieprawdziwych danych, nie będę kwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, a przyznana mi pomoc finansowa może zostać cofnięta i będę ponosić odpowiedzialność za uregulowanie rachunków za usługi medyczne.

Pacjent/Strona odpowiedzialna	Data:
Współmałżonek (jeśli dotyczy)	Data: