CERERE DE ASISTENȚĂ FINANCIARĂ

DATA SERVICIULUI: _____ NUMĂR DE CONT: _____

NUMELE PACIENTULUI SAU AL SOLICITANTULUI: _____

ADRESA: _____

ORAȘUL: _____ ȚARA: _____ CP: _____

TELEFON: _____ STAREA CIVILĂ: _____

URMĂTOARELE <u>TREBUIE</u> COMPLETATE PENTRU LUAREA ÎN CONSIDERARE PENTRU ASISTENȚĂ FINANCIARĂ. VĂ RUGĂM SĂ REȚINEȚI CĂ PACIENȚII NEASIGURAȚI TREBUIE SĂ SE PREZINTE LA FURNIZORUL NOSTRU DE ELIGIBILITATE PENTRU ASIGURARE ÎNAINTE DE A PRIMI ASISTENȚĂ.

(Indicați soțul/soția și copiii aflați în întreținere sub 18 ani, care locuiesc în gospodărie și datele lor de naștere)

NUME	RELAȚIA CU PACIENTUL	DATA DE NAȘTERE	VENITUL BRUT TOTAL ÎN CELE 3 LUNI ÎNAINTE DE DATA SERVICIULUI	VENITUL BRUT TOTAL ÎN CELE 12 LUNI ÎNAINTE DE DATA SERVICIULUI	SURSA VENITURILOR NUMELE ANGAJATORULUI (INDICAȚI DACĂ SUNTEȚI STUDENT)
	INDEPENDENT				

1. **DACĂ AȚI RAPORTAT VENIT TOTAL ZERO, CUM VĂ ÎNTREȚINEȚI? _____**
2. ÎN CE ȚARĂ AVEAȚI DOMICILIUL LA MOMENTUL VIZITEI? _____
3. AȚI DEPUS CERERE PENTRU MEDICAID SAU PENTRU ORICE ALTĂ ASISTENȚĂ REGIONALĂ? ☐ NU ☐ DA (DATA/ȚARA_____)
4. AȚI AVUT ASIGURARE DE SĂNĂTATE LA DATA SERVICIULUI? ☐ NU ☐ DA (FURNIZAȚI O COPIE A CARDULUI ODATĂ CU ACEASTĂ SOLICITARE)
5. DATA SERVICIULUI A AVUT LEGĂTURĂ CU UN ACCIDENT AUTO? ☐ NU ☐ DA (NUME ASIGURARE/CERERE#_____)
6. ARE CINEVA DIN GOSPODĂRIA DUMNEAVOASTRĂ UN CONT CURENT SAU DE ECONOMII? ☐ NU ☐ DA (VALOARE_____)
7. ARE CINEVA DIN GOSPODĂRIA DUMNEAVOASTRĂ ALTE BUNURI? ☐ NU ☐ DA (TIP/VALOARE)_____ _____)
8. DEȚINEȚI SAU ÎNCHIRIAȚI O LOCUINȚĂ? ☐ DEȚIN ☐ ÎNCHIRIEZ ☐ ALTELE (_____)

PENTRU BUNURILE CARE GENEREAZĂ VENITURILE MENȚIONATE MAI SUS TREBUIE SĂ FURNIZAȚI URMĂTOARELE DATE PENTRU FIECARE MEMBRU AL GOSPODĂRIEI:

(vă rugăm să bifați elementele primite)

☐ ANGAJARE = VENIT PE 3 SAU 12 LUNI ☐ INDEPENDENT = FORMULARE COMPLETATE DE IMPOZITARE, INCLUSIV ANEXA C

☐ ȘOMAJ = ADEVERINȚĂ DE VENIT ☐ PENSIE ALIMENTARĂ = DOCUMENT DISPUS DE INSTANȚĂ

☐ ASIGURARE SOCIALĂ = ADEVERINȚĂ DE VENIT ☐ ALTELE= DOVADA ORICĂROR ALTOR VENITURI, DE EXEMPLU DIVIDENDE, DOBÂNZI, VENITURI DIN CHIRIE

☐ PENSIE SAU HANDICAP= ADEVERINȚĂ DE VENIT ☐ CONT CURENT / ECONOMII = EXTRAS DE CONT DIN ULTIMELE 30 DE ZILE PENTRU FIECARE CONT

CERTIFICARE: *PRIN SEMNAREA ACESTUI DOCUMENT AFIRM CĂ RĂSPUNSURILE DIN ACEASTĂ CERERE SUNT ADEVĂRATE. ÎN CAZUL ÎN CARE O EXAMINARE ULTERIOARĂ A CERERII DE ASISTENȚĂ FINANCIARĂ A UNEI PERSOANE DEZVĂLUIE FAPTUL CĂ INFORMAȚIILE FURNIZATE DE PERSOANA RESPECTIVĂ AU FOST ORI INCORECTE, ORI FRAUDULOASE, DECIZIA DE A OFERI ASISTENȚĂ FINANCIARĂ POATE FI ANULATĂ, IAR PARTEA RESPONSABILĂ VA FI PASIBILĂ DE PLATĂ. ÎNȚELEG CĂ INFORMAȚIILE PE CARE LE TRANSMIT SUNT SUPUSE VERIFICĂRII DE CĂTRE FURNIZORUL SPITALULUI MEU, INCLUSIV AGENȚIILE DE RAPORTARE A CREDITULUI ȘI AU FOST VERIFICATE DE AGENȚIILE FEDERALE ȘI/SAU DE STAT ȘI ALTE PĂRȚI, ÎN FUNCȚIE DE CAZ.*

SEMNĂTURA PACIENTULUI:_____ **DATA:** _____

SEMNĂTURA SOLICITANTULUI SAU A REPREZENTANTULUI:_____**RELAȚIE:**_____**DATA:**_____
(DACĂ NU ESTE PACIENTUL)

CEREREA ȘI DOCUMENTAȚIA COMPLETATĂ PRIN POȘTĂ LA
ADRESA:
Departamentul Beneficii Publice Mercy Health
PO Box 631774
Cincinnati, OH 45263-1774