

**HOSPITAL FOR SPECIAL CARE
WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ**

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres _____

**CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO
(WSTAWIĆ SVOJE IMIĘ I NAZWISKO JAKO PIERWSZE)**

Imiona i nazwiska	Związek	Płeć	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Nr ubezpieczenia społecznego
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Jeśli wnioskodawca lub którykolwiek członek gospodarstwa domowego jest w ciąży, podać imię i nazwisko _____ oraz termin porodu _____

Czy jesteś obywatelem USA? Tak Nie Jeśli nie, podaj status cudzoziemca _____ i numer _____

Data wjazdu do USA _____ Miejsce wjazdu _____ i kraj pochodzenia _____

INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Podać swojego obecnego lub ostatniego pracodawcę i pracodawców wszystkich innych osób, którzy zarabiają w tym gospodarstwie domowym.

Imię i nazwisko	Pracodawca	Stanowisko	Data rozpoczęcia zatrudnienia	Data zakończenia zatrudnienia	Powód
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

OBECNY DOCHÓD

Nazwisko osoby zarabiającej	Pracodawca	Godziny/Tygodnie	(Zakreślić jeden)
			Kwota (miesięczne/tygodniowo) (brutto)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INNE PRZYCHODY	TAK	NIE	Data wniosku	Kwota mies./tygod. (brutto)
SSI	___	___	_____	\$ _____
Ubezpieczenie Społeczne	___	___	_____	\$ _____
Emerytura	___	___	_____	\$ _____
Renty	___	___	_____	\$ _____
Odszkodowanie pracownicze	___	___	_____	\$ _____
Wynagrodzenie za czas bezrobocia	___	___	_____	\$ _____
Świadczenia dla weterana	___	___	_____	\$ _____
Wynagrodzenie wojskowych	___	___	_____	\$ _____
Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy	___	___	_____	\$ _____
Dochód lokatora/współlokatora	___	___	_____	\$ _____
Dochód z wynajmu nieruchomości	___	___	_____	\$ _____
Alimenty na dziecko	___	___	_____	\$ _____
Inne (rodzaj i źródło)	___	___	_____	\$ _____

Jeśli wnioskodawca nie ma dochodów, należy wyjaśnić, w jaki sposób zaspokajał swoje medyczne/podstawowe potrzeby życiowe.

MAJĄTEK

Czy wnioskodawca lub ktokolwiek w gospodarstwie domowym wnioskodawcy posiada którekolwiek z poniższych?

Gotówkę _____ Tak _____ Nie _____ Jeśli tak, kwota \$ _____

Rachunki bankowe lub spółdzielczej kasy pożyczkowej ___ Tak ___ Nie Jeśli tak, wypełnij poniżej:

Nazwa banku/Spółdzielczej kasy pożyczkowej	Adres	Nr rachunku	Typ	Saldo
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

Renty, powiernictwa i /lub akcje i obligacje ___ Tak ___ Nie Jeśli Tak, wypełnić poniżej:

Nazwa firmy/instytucji	Nr rachunku	Liczba akcji	Aktualna wartość
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Pojazdy samochodowe, samochody, motocykle, przyczepy, samochody kempingowe, łodzie, itp. ___ Tak ___ Nie

Typ	Marka	Model	Rok produkcji	Nr rejestracyjny	Wartość NADA	Saldo pożyczki	Kapitał własny
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ubezpieczenie na życie: _____ Tak _____ Nie Jeśli Tak, wypełnij poniżej:

Ubezpieczony	Nazwa firmy	Data wejścia w życie	Wartość nominalna	Wartość gotówkowa
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nieruchomość: _____ Tak _____ Nie Jeśli Tak, wypełnij poniżej:

(Dom/Grunt/Wynajem nieruchomości/Itp.)

Lokalizacja i rodzaj nieruchomości	Posiadacz hipoteki	Aktualne saldo pożyczki
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Inne aktywa: _____ Tak _____ Nie Jeśli Tak, wyjaśnić: _____

HISTORIA SŁUŻBY WOJSKOWEJ

Czy wnioskodawca lub ktokolwiek inny w gospodarstwie domowym wnioskodawcy służył w wojsku?

_____ Tak _____ Nie

Jeśli Tak, imię i nazwisko: _____ Daty służby: _____

Rodzaj służby: _____ Niepełnosprawny Weteran: _____ Tak _____ Nie

Wnioskowano do: Sailor, Soldier, Marine Fund: _____ Tak _____ Nie

Jeśli Tak, data złożenia wniosku: _____

Wnioskowano do: Veteran's Administration: _____ Tak _____ Nie

Jeśli Tak, data złożenia wniosku: _____

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE/ŚWIADCZENIA

Osoba ubezpieczona	Źródło i rodzaj (tzn., ubezpieczyciel/HMO)	ID/numer sprawy	Data wejścia w życie
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

WYDATKI

<i>CZYNSZ</i>	co miesiąc/co tydzień	<i>POSIADANA NIERUCHOMOŚĆ</i>	co miesiąc/co tydzień
Mieszkanie/dom	\$ _____	Dom	\$ _____
Zakwaterowanie i wyżywienie	\$ _____	Mieszkanie własnościowe	\$ _____
Tylko pokój	\$ _____	Dom mobilny	\$ _____
Inne (wyjaśnić)	\$ _____	Inne (wyjaśnić)	\$ _____
Czynsz obejmuje (zaznaczyć)		Koszt kredytu hipotecznego	\$ _____
Ciepła woda ___ Ogrzewanie ___ Prąd ___		Gaz ___ Roczne podatki	\$ _____

WYDATKI NA MEDIA

Ogrzewanie/Prąd/Gaz	\$ _____
Telefon	\$ _____
Kablówka	\$ _____
Woda	\$ _____

ZADŁUŻENIA KARCIE KREDYTOWEJ

Wierzyciel	Płatność miesięczna
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

INNE RÓŻNE WYDATKI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

(ZAKREŚLIĆ JEDEN)

Zasiłek na dziecko/alimenty	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Pożyczka na samochód/pojazd	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Ubezpieczenie samochodu/pojazdu	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Ubezpieczenie zdrowotne	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Ubezpieczenie na życie	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Czesne/Pożyczka studencka	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Wydatki szpitalne/na lekarza	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Opieka nad dzieckiem	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Prywatna pożyczka	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Inne (wymienić)	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie

PRAWA I OBOWIĄZKI

WNIOSKODAWCY

1. Niniejszym zwracam się o pomoc finansową z Hospital for Special Care.
2. Oświadczam, że wszystkie oświadczenia złożone przeze mnie w tym wniosku są prawdziwe i poprawne, pod karą za fałszywych oświadczenie, zgodnie z Zasadami Pomocy Finansowej Hospital for Special Care.
3. Rozumiem, że mam prawo odwołać się, jeśli nie jestem zadowolony z decyzji Szpitala w sprawie mojego wniosku.
4. Zgadzam się, że informacje podane przeze mnie w tym wniosku muszą zostać zweryfikowane i zgadzam się dostarczyć dokumentację zgodnie z żądaniem.
5. Upoważniam Hospital for Special Care do przeprowadzenia dochodzenia w celu ustalenia moich uprawnień i udzielam szpitalowi pozwolenia na uzyskanie danych osobowych i/lub finansowych niezbędnych, ale nie tylko, z następujących źródeł: banki, spółdzielcze kasy pożyczkowe i inne instytucje finansowe, pracodawcy, świadczeniodawcy usług medycznych, wynajmujący, agencje kredytowe oraz inne agencje stanowe i federalne, takie jak Department of Social Services, Department of Labor, Social Security Administration, Department of Veterans Affairs i Immigration and Naturalization Service.
6. Wyrażam zgodę na zakończenie procesu wnioskowania o wszelkie świadczenia stron trzecich, do których mogę się kwalifikować, w tym ubezpieczenie zdrowotne, świadczenia dla weteranów, itp. Ponadto zgadzam się złożyć wniosek i ukończyć proces ubiegania się o State Medical Aid i/lub Town Medical Aid.

Podpis wnioskodawcy

Data

Podpis współmałżonka/tłumacza/świadka

Data

Podpis przedstawiciela konta pacjenta

Data

WYŚLAĆ POCZTĄ DO: Hospital for Special Care, 2150 Corbin Avenue, New Britain, CT 06053
Attn: Patient Account Representative

Hospital for Special Care
Odwołanie od ustalenia uprawnień do opieki charytatywnej

Nazwisko i imię pacjenta lub gwaranta

Adres

Miejscowość, stan, kod pocztowy

Decyzja o pomocy charytatywnej wpłynęła w dniu _____.

Zaznaczyć jedną:

_____ Odwołuję się od decyzji **odmownej** w sprawie opieki charytatywnej.

_____ Odwołuję się od decyzji w sprawie zatwierdzonego **procentu**.

W oparciu o następujące informacje prosimy o ponowne rozpatrzenie mojego wniosku o opiekę charytatywną na podstawie następujących informacji:

Załączyć wszelkie dokumenty potwierdzające powyższe informacje.

Podpis

Data