



0332

## A PÉNZÜGYI TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEMRE VONATKOZÓ UTASÍTÁSOK

1. Kérjük töltse ki a mellékelt jelentkezési lap **összes** területét. Ha bármelyik terület nem vonatkozik önre, írjon N/A-t a megadott helyre.
2. Adjon hozzá egy további oldalt, ha több helyre van szüksége a kérdések megválaszolásához.
3. A kérelem benyújtásakor jövedelemigazoló dokumentumokat kell mellékelnie. A jövedelem igazolásaként a következő dokumentumokat fogadjuk el:

### **Ha szövetségi jövedelemadó-bevallást nyújtott be, a következő egy példányát kell benyújtania:**

- a. A legutóbbi évre vonatkozó szövetségi jövedelemadó-bevallás (1040-es nyomtatvány) A Szövetségi Adóhivatalhoz (Internal Revenue Service) benyújtott összes jegyzéket és mellékletet be kell nyújtania.

### **Ha nem nyújtott be szövetségi jövedelemadó-bevallást, kérjük, küldje be a következőket:**

- a. Két (2) legutóbbi fizetési szelvény és
- b. Egy levél, amelyben elmagyarázza, miért nem nyújtott be szövetségi jövedelemadót.

### **Ha nem rendelkezik jövedelemmel vagy jövedelemigazoló dokumentumokkal, kérjük, egy levélben írja le, hogyan tartja el önmagát/családját.**

4. A támogatás iránti kérelme nem dolgozható fel, amíg az összes szükséges információt meg nem adja.
5. Fontos, hogy a pénzügyi támogatás iránti kérelmet az összes szükséges melléklettel együtt **tizennégy (14) napon** belül töltse ki és nyújtsa be.
6. A pénzügyi segítségnyújtás iránti kérelmet alá kell írnia és dátummal kell ellátnia. Ha a beteg/felelős fél és a házastárs adja meg a megfelelő információt, mindkettejüknek alá kell írniuk a kérelmet.
7. Ha bármilyen kérdése van, kérjük, hívja a betegek ügyeivel foglalkozó gazdasági irodát (Patient Business Office) a (909) 651-4177 telefonszámon 9:00 és 17:00 óra között hétfőtől csütörtökig, valamint 9:00 és 14:00 óra között pénteken (kivéve hétfégén és ünnepnapokon). Hétfégén, ünnepnapokon és hivatali idő után kérjük lépjen kapcsolatba bármelyik regisztrációs képviselővel és kérje a segítségét.
8. A kitöltött pénzügyi támogatás iránti kérelmet és az összes szükséges dokumentumot a következő címre küldje:

Loma Linda University Medical Center  
Patient Business Office  
P.O. Box 700  
Loma Linda, CA 92354



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center  
A PÉNZÜGYI TÁMOGATÁS IRÁNTI  
KÉRELEM UTASÍTÁSOK

1 / 3. oldal

BETEG AZONOSÍTÓJA

19-0332 (2-15)

## A PÉNZÜGYI TÁMOGATÁS IRÁNTI PÁLYÁZATRA VONATKOZÓ UTASÍTÁSOK

E nyomtatvány célja, hogy meghatározza a beteg/felelős fél pénzügyi támogatásra való jogosultságát a Loma Linda University Medical Center Charity Care (Jótékonyági Ellátás)/Discount Payment Policy (kedvezményes fizetési irányelvek) szerint.

**BETEG/FELELŐS FÉL**  
(kezes) NEVE \_\_\_\_\_

**HÁZASTÁRS**  
NEVE \_\_\_\_\_

**CÍM**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TELEFONSZÁM**  
Otthoni: \_\_\_\_\_  
Munkahelyi: \_\_\_\_\_

**TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI SZÁM**  
Beteg/felelős fél \_\_\_\_\_

**Házastárs** \_\_\_\_\_

**CSALÁDI ÁLLAPOT (Sorolja fel az összes eltartottját)**

Név	Kor	Kapcsolat

### MUNKAHELY

**Beteg/felelős fél**

**Munkáltató**

Beteg/felelős fél \_\_\_\_\_

Beosztás \_\_\_\_\_

Munkáltató \_\_\_\_\_

Kapcsolattartó személy \_\_\_\_\_

Munkáltatói kapcsolattartó \_\_\_\_\_

Telefonszám \_\_\_\_\_

**Házastárs munkáltatója**

Házastárs beosztása \_\_\_\_\_

Munkáltató \_\_\_\_\_

Kapcsolattartó személy \_\_\_\_\_

Munkáltatói kapcsolattartó \_\_\_\_\_

Telefonszám \_\_\_\_\_



## BEÉRKEZŐ

	Beteg/Kezes	Házastárs
1. Bruttó bér és fizetés/év (levonások előtt)	\$ _____	\$ _____
2. Önfoglalkoztatási jövedelem/év	\$ _____	\$ _____
3. Egyéb jövedelem:		
a. Kamat és osztalék	\$ _____	\$ _____
b. Ingatlanbérlet és lízing	\$ _____	\$ _____
c. Társadalombiztosítás	\$ _____	\$ _____
d. Tartásdíj	\$ _____	\$ _____
e. Gyermektartás	\$ _____	\$ _____
f. Munkanélküli segély/rokkantsági nyugdíj	\$ _____	\$ _____
g. Állami segély	\$ _____	\$ _____
h. Minden egyéb forrás (csatolja a listát)	\$ _____	\$ _____
Összes jövedelem (adja össze a fenti 1-3h sorokat)	\$ _____	\$ _____

## RENDKÍVÜLI KÖLTSÉGEK

Kérjük, adjon tájékoztatást minden olyan rendkívüli költségről, mint például egészségügyi számlák, csőd, bírósági ítéletek vagy csőd eljárással kapcsolatos kifizetések (szükség esetén csatolja a megfelelő listát)

Leírás	Összeg

Az alábbiak aláírásával kijelentem/kijelentjük, hogy minden megadott információ igaz és helyes a legjobb tudásom/tudásunk szerint. Felhatalmazom/felhatalmazzuk a LLUMC-t a kérelemben felsorolt összes információ ellenőrzésére. Kifejezetten hozzájárulok/hozzájárulunk, hogy kapcsolatba lépjenek munkáltatómmal/munkáltatóinkkal

\_\_\_\_\_  
A beteg/felelős fél aláírása

\_\_\_\_\_  
A beteghez fűződő viszony      Dátum

\_\_\_\_\_  
A házastárs aláírása

\_\_\_\_\_  
Dátum

