



0332

INSTRUKCJE SKŁADANIA WNIOSKÓW O POMOC FINANSOWĄ

1. Proszę wypełnić **w całości** załączony wniosek. Jeśli jakieś pytanie Państwa nie dotyczy, proszę wpisać N/A w polu odpowiedzi.
2. Proszę dołączyć dodatkową stronę, jeśli udzielenie odpowiedzi na jakieś pytanie wymaga dodatkowego miejsca.
3. Do tego wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające wysokość przychodu. Akceptowane są dokumenty opisane poniżej.

Jeśli złożyli Państwo federalne oświadczenie podatkowe, należy złożyć kopię:

- a. Federalnego oświadczenia podatkowego (formularz 1040) za ostatni rok. Należy dołączyć wszystkie załączniki, które złożyli Państwo w urzędzie skarbowym.

Jeśli nie złożyli Państwo federalnego oświadczenia podatkowego, należy złożyć:

- a. Dwa (2) ostatnie paski wypłaty i
- b. Pismo wyjaśniające, dlaczego nie złożyli Państwo federalnego oświadczenia podatkowego.

Jeśli nie mają Państwo przychodu lub dokumentów poświadczających przychody, proszę złożyć pismo wyjaśniające, jak utrzymują Państwo siebie/rodzinę.

4. Wniosek o pomoc nie może zostać przetworzony, jeśli nie zostaną dostarczone wymagane informacje.
5. Należy wypełnić i złożyć Wniosek o Pomoc Finansową wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami w ciągu **czternastu (14) dni**.
6. Wniosek o Pomoc Finansową należy podpisać i opatrzyć datą. Jeśli dane podaje zarówno pacjent / strona odpowiedzialna, jak i małżonek, oboje muszą podpisać wniosek.
7. W razie pytań prosimy dzwonić do Patient Business Office pod numer (909) 651-4177, w godzinach od 9:00 do 17:00 od poniedziałku do czwartku i od 9:00 do 14:00 w piątki (wyłączając weekendy i święta). Aby uzyskać pomoc w weekendy i święta oraz po godzinach, prosimy zwracać się do pracowników rejestracji.
8. Prosimy przesłać wypełniony Wniosek o Pomoc Finansową wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami na adres:

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



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center
INSTRUKCJE SKŁADANIA WNIOSKÓW
O POMOC FINANSOWĄ

Strona 1 z 3

IDENTYFIKACJA PACJENTA

19-0332 (2-15)

INSTRUKCJE SKŁADANIA WNIOSKÓW O POMOC FINANSOWĄ

Celem tego formularza jest ustalenie, czy pacjent / strona odpowiedzialna spełnia kryteria pomocy finansowej w ramach polityki przyznawania opieki charytatywnej / zniżki za opiekę w Loma Linda University Medical Center.

PACJENT / STRONA ODPOWIEDZIALNA
(żyrant) **IMIĘ I NAZWISKO** _____

MAŁŻONEK
IMIĘ I NAZWISKO _____

ADRES

NR TEL.
Dom: _____
Praca: _____

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
Pacjent / strona odpowiedzialna _____

Małżonek _____

WIELKOŚĆ RODZINY (proszę wymienić wszystkie osoby na swoim utrzymaniu)

Imię i nazwisko	Wiek	Rodzaj zależności

STAN ZATRUDNIENIA

Pacjent / strona odpowiedzialna

Pracodawca

Pacjent / strona odpowiedzialna _____

Stanowisko _____

Pracodawca _____

Osoba do kontaktu _____

Kontakt z pracodawcą _____

Nr tel. _____

Pracodawca małżonka

Stanowisko małżonka _____

Pracodawca _____

Osoba do kontaktu _____

Kontakt z pracodawcą _____

Nr tel. _____



PRZYCHÓD

	Pacjent/żyrant	Małżonek
1. Roczny przychód brutto (przed potrąceniami)	\$ _____	\$ _____
2. Roczny przychód z samozatrudnienia	\$ _____	\$ _____
3. Inny przychód:		
a. Udziały i dywidendy	\$ _____	\$ _____
b. Wynajem nieruchomości i leasing	\$ _____	\$ _____
c. Ubezpieczenie społeczne	\$ _____	\$ _____
d. Alimenty	\$ _____	\$ _____
e. Alimenty na dziecko	\$ _____	\$ _____
f. Zasiłek dla bezrobotnych / renta	\$ _____	\$ _____
g. Opieka społeczna	\$ _____	\$ _____
h. Inne źródła przychodu (proszę załączyć listę)	\$ _____	\$ _____
Łączny przychód (suma kwot w wierszach od 1 do 3h)	\$ _____	\$ _____

NIETYPOWE WYDATKI

Proszę wskazać wszelkie nietypowe wydatki, takie jak rachunki za opiekę medyczną, koszty upadłości, kwoty nałożone sędownie, spłaty zobowiązań (w razie potrzeby załączyć listę).

Opis	Kwota

Podpisując się poniżej, poświadczam(y), że podane tutaj informacje są prawdziwe i zgodne z moją/naszą najlepszą wiedzą. Upoważniam(y) LLUMC do zweryfikowania wszelkich informacji zawartych w tym wniosku. Upoważniam(y) też w sposób wyraźny do kontaktu z moim/naszym pracodawcą.

Podpis pacjenta / strony odpowiedzialnej

Związek z pacjentem

Data

Podpis małżonka

Data

