

Wypełnienie tego wniosku pomoże Shirley Ryan AbilityLab ("SRALab") ustalić czy może Pan/i otrzymać bezpłatne lub zniżkowe usługi lub inne programy publiczne, które mogą pomóc zapłacić za opiekę zdrowotną. Proszę zauważyć, że pomoc finansowa jest dostępna tylko dla mieszkańców Illinois.

Jednakże Numer Ubezpieczenia Społecznego jest wymagany w niektórych programach publicznych włącznie z Medicaid. Podanie Numeru Ubezpieczenia Społecznego nie jest wymagane, ale pomoże szpitalowi ustalić, czy kwalifikuje się Pan/i do któregoś z programów publicznych.

Proszę wypełnić ten formularz i złożyć w SRALab osobiście albo przesłać pocztą lub faksem, aby złożyć wniosek o bezpłatną lub zniżkową opiekę tak szybko jak to możliwe po dacie usługi. Zaakceptujemy Państwa Wniosek do 240 dni od daty pierwszego wyliczenia z rachunku za Pana/i opiekę. Pacjent/ka oświadczając, że on lub ona w dobrej wierze podjął/ła starania, aby podać wszystkie informacje wymagane w podaniu, aby pomóc SRALab w ustaleniu czy pacjent/ka jest uprawniony/a do pomocy finansowej.

Imię i nazwisko pacjenta	Numer ubezpieczenia społecznego pacjenta	Data urodzenia pacjenta
Numer telefonu pacjenta	Adres domowy pacjenta	

\_\_\_\_\_

Zaznacz X poniżej je li pacjent jest obj ęty (lub jest beneficjentem) którego z nast ępujących programów ubezpieczenia zdrowotnego:

Ubezpieczenie zdrowotne                      Medicare                      świadczenia dla weteranów                      Inne \_\_\_\_\_  
 Medicaid                      Medicare Supplement                      Nieubezpieczony

---

Czy udzielone leczenie jest związane z którymkolwiek z poniższych?

Wypadek                      Przest ęstwo                      obrażenia w miejscu pracy                      Inne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prosz ę wymienić wszystkie źródła dochodu, w tym takie, ale nie tylko: zatrudnienie, ubezpieczenie społeczne, emerytura, odsetki, dochód z najmu, zasiłek dla dziecka, alimenty i pomoc rządowa. Źródła dochodu powinny pochodzić od pacjenta, małżonka pacjenta lub partnera (je eli jest gwarantem) albo rodzica lub opiekuna pacjenta (je eli jest gwarantem i pacjent jest małoletni).  
 i doł ę czy dodatkowe strony w razie potrzeby:


_____		



Financial Assistance Program 355 E. Erie St.  
Chicago, IL 60611

            
(312) 238-7569