



Zahtjev za financijsku pomoć - Upute

Pacijentima koji se za to kvalificiraju osigurat ćemo financijsku pomoć za medicinski potrebne usluge. Podobnost za financijsku pomoć temeljit će se na smjernicama o federalnoj razini siromaštva (koje se jednom godišnje objavljuju u Federalnom registru). Pacijenti koji navedu da nemaju osiguranje ili drugi način plaćanja za medicinski potrebne usluge mogu zatražiti razmatranje za financijsku pomoć.

MOLIMO VRATITE NAM DOKUMENTA NAVEDENA U NASTAVKU:

- **POPUNJEN ZAHTJEV ZA FINANCIJSKU POMOĆ** (nepotpuni zahtjevi neće se uzimati u obzir)
- **DOKAZ O PRIHODU U DOMAĆINSTVU**
Stanovnici države Mičigen: Platne liste (pay stubs) za 4 posljednja platna razdoblja, bankovna izvješća za 2 posljednja mjeseca, ostale dokaze o prihodima, imovina (403b, 401k, itd.).
Stanovnici države Ohajo: Platne liste (pay stubs) za 3 mjeseca koja prethode pružanju usluge.
- **OBRAZAC VERIFIKACIJE PRIHODA (AKO TRENUTNO NEMATE NIKAKAV PRIHOD)**
- **KOPIJU ZADNJEG OBRAČUNA POREZA NA PRIHOD**
- **NAPRAVITE NAPOMENU AKO JE BILO KOJI DOKUMENT NEDOSTUPAN**

Molimo da pričekate 30 radnih dana da obradimo vaš Zahtjev. McLaren Health Care može zatražiti dodatna financijska dokumenta potrebna za obradu vašeg Zahtjeva za financijsku pomoć. Netočni i/ili nepotpuni Zahtjevi i/ili nedostatna dokumentacija usporit će obradu Zahtjeva.

POPUNJEN ZAHTJEV I SVA PRATEĆA DOKUMENTA VRATITE U ROKU OD ČETRNAEST (14) DANA NA:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315
ILI FinancialAssistance@mclaren.org

**Sve tražene informacije moraju se vratiti kako bi se obradile/pregledale za financijsku pomoć.
Ako imate bilo kakvih pitanja ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju prijave, kontaktirajte:**

Financijske usluge za pacijente
Služba za korisnike
(844) 321-1557



Obrazac o potvrdi prihoda

Ovaj obrazac treba koristiti samo ako podnositelj zahtjeva za financijsku pomoć ne navodi prihod.

Sva polja u ovom obrascu moraju biti popunjena kako bi obrazac bio valjan.

Ime podnositelja:	Sadašnja adresa podnositelja:
-------------------	-------------------------------

Verifikacija prihoda podnositelja

Ja, _____, potvrđujem da nemam nikakav zarađeni ili nezarađeni prihod. Dajem McLaren Health Care dopuštenje da provjeri ovu izjavu. Ako McLaren Health Care pronade da imam zarađeni ili nezarađeni prihod, razumijem da ću biti diskvalificiran/a od primanja financijske pomoći.

Trenutno me pomažu (navedite kako podmirujete osnovne troškove, hranu, odjeću, stanovanje, uključujući imena svih pojedinaca koji vam pružaju pomoć):

Razumijem da predstavnik McLaren Health Care može kontaktirati gore navedene osobe u svrhu provjere datih informacija.

Potpis

Potpis podnositelja zahtjeva: _____

Štampano ime: _____

Datum: _____

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Drugo _____

Zahtjev za finansijsku pomoć

Ukupno stanje duga _____ Brojevi računa _____

Ime pacijenta _____ Br. socijalnog osiguranja _____ Datum rođenja _____

Adresa _____ Grad _____ Država _____ Pošt. br. _____

Kućni tel. _____ Alternativni tel. _____

Ime odgovorne strane (žirant) _____ Br. socijalnog osiguranja _____ Datum rođenja _____

Poslodavac _____ Poslovni tel. _____

Označite jedno: Aktivno zaposlen/a Samozaposlen/a Nezaposlen/a Umirovljen/a Invalid

Ako ste zaposleni – radite li: Puno radno vrijeme Dio radnog vremena Neobavezno Prosječan br. sati tjedno _____

Ime supružnika _____ Br. socijalnog osiguranja _____ Datum rođenja _____

Poslodavac supružnika _____

Označite jedno: Aktivno zaposlen/a Samozaposlen/a Nezaposlen/a Umirovljen/a Invalid

Ako ste zaposleni – radite li: Puno radno vrijeme Dio radnog vremena Neobavezno Prosječan br. sati /tjedno _____

Imena i dob uzdržavanih osoba (uključite sebe i supružnika) _____

ŠTEDNI RAČUNI (CD, Money Market, IRA), čekovni računi i računi u kreditnim zadrugama

Ime banke	Grad	Vrsta računa	Saldo

Posjedujete li svoju kuću? Da Ne Ako posjedujete, navedite ispod.

Posjedujete li bilo koju drugu imovinu? Vozila, vozila za rekreaciju (RV), druge nekretnine Da Ne Ako posjedujete, navedite ispod.

IMOVINA

Imovina – kuća, vozilo, itd.	Tržišna vrijednost	Nepodmireni iznos kredita

MJESEČNI PRIHOD I TROŠKOVI KUĆANSTVA

Kategorija prihoda	Iznos (mjesečno)	Kategorija izdatka	Iznos (mjesečno)
Ukupna bruto plaća kućanstava		Najam / hipoteka	
Prihod od socijalnog osiguranja		Porez na imovinu	
Prihod od kamata		Automobil	
Prihod od najma		Osiguranje: za kuću	
Alimentacija		Osiguranje: za automobil	
Udržavanje djeteta		Osiguranje: zdravstveno	
Mirovina		Osiguranje: životno	
Opća pomoć		Komunalne usluge	
Nezaposlenost		Namirnice	
Državna / federalna pomoć		Benzin	
Doprinosi od drugih		Medicinski	
Prihod od zemljišnog ugovora		Alimentacija / održavanje djeteta	
Naknada za povredu na radu		Drugo (molimo navedite)	
Doplatak za vojne obitelji		Drugo (molimo navedite)	
Drugo (navedite)		Drugo (molimo navedite)	

RATE KREDITA I KREDITNE KARTICE

Kreditor	Iznos duga	Mjesečna rata

Ukupni prihodi	Ukupni izdaci

Priložite sve dodatne detalje u vezi s vašim prihodima i izdacima koji bi mogli biti relevantni za vaš zahtjev.

Potvrđujem da su gore navedene informacije točne prema mojem najboljem saznanju. Ovlašćujem McLaren Health Care Corporation (MHCC) i njezine podružnice da provjere sve podatke radi potpunosti i točnosti. Nadalje, odobravam da takve informacije budu dostupne da se otkriju MHCC i njezinim podružnicama. Razumijem da mi MHCC kao dobrotvorna organizacija može ponuditi njegu po sniženim cijenama ili besplatno. Nadalje razumijem da se osobno kreditno izvješće može dobiti u procesu donošenja odluka.

Potpis pacijenta ili odgovorne osobe

Datum

Potpis supružnika

Datum

Odobrenja vrijede dvanaest mjeseci, nakon čega će biti potrebne ažurirane informacije za sve buduće usluge. Za bilo koji preostali saldo moraju se izvršiti sporazumni aranžmani plaćanja koji se mogu ponovno procijeniti prema diskrecijskom pravu MHCC.

POTPIS OVLAŠTENE OSOBE

DATUM

ODLUKA:

--