



Pénzügyi támogatás iránti kérelemre vonatkozó utasítások

Pénzügyi segítséget nyújtunk arra rászoruló betegek számára orvosilag szükséges szolgáltatásokhoz.

A pénzügyi rászorultság elbírálásának alapja a szövetségi nyilvántartásban (Federal Register) évente közzétett, a szegénység elleni szövetségi állami támogatásokról szóló iránymutatások. Azok a betegek, akik jelzik, hogy nem rendelkeznek biztosítással, és semmilyen más módon sem tudják megfizetni az orvosilag szükséges szolgáltatásokat, kérelmezhetik a pénzügyi támogatást.

KÉRJÜK A KÖVETKEZŐ DOKUMENTUMOKAT VISSZAKÜLDENI:

- **KITÖLTÖTT PÉNZÜGYI TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM** (hiányos kérelmeket nem veszünk figyelembe)
- **A HÁZTARTÁS JÖVEDELMÉNEK IGAZOLÁSA**
Michigani lakosok: utolsó 4 csekkszelvény és 2 bankszámlakivonat vagy egyéb jövedelemigazolás
Ohiói lakosok: 3 hónapi jövedelemigazolás
- **JÖVEDELEM-IGAZOLÁSI ŰRLAP** (HA JELENLEG NEM RENDELKEZIK JÖVEDELEMMEL)
- **AZ UTOLSÓ BENYÚJTOTT SZÖVETSÉGI ADÓBEVALLÁS MÁSOLATA**
- **KÉRJÜK, JELEZZE, HA VALAMELYIK DOKUMENTUM NEM ÉRHETŐ EL**

A McLaren Health Care a pénzügyi támogatás iránti kérelem feldolgozásához szükséges további pénzügyi dokumentumokat is kérhet.

KÉRJÜK, A KITÖLTÖTT KÉRELMEZT ÉS AZ IGAZOLÓ DOKUMENTUMOKAT TIZENNÉGY (14) NAPON BELÜL AZ ALÁBBI CÍMRE KÜLDJE VISSZA:

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

VAGY: FinancialAssistance@mcclaren.org

**Minden kért információt vissza kell küldeni, hogy a Financial Assistance feldolgozza ill. felülvizsgálja.
Ha bármilyen kérdése van, vagy segítségre van szüksége a kérelem kitöltéséhez, kérjen segítséget az alábbi címen:**

Beteg Szolgáltatások
Ügyfélszolgálati Osztály
(844) 321-1557

Jövedelem-igazolási űrlap

Ezt az űrlapot csak akkor kell kitölteni, ha a pénzügyi támogatást kérelmező nem tud bevételt kimutatni.

Az űrlap érvényességéhez az űrlap minden mezőjét ki kell tölteni.

A kérelmező neve:	A kérelmező jelenlegi címe:
-------------------	-----------------------------

A kérelmező jövedelmének igazolása

Én, alulírott _____, igazolom, hogy nem rendelkezem keresettel vagy más bevétellel. Engedélyt adok a McLaren Health Care-nek, hogy ellenőrizze ezt a nyilatkozatot. Tudomásul veszem, hogy ha a McLaren Health Care úgy találja, hogy keresetre vagy más bevételre tettem szert, akkor kizár a pénzügyi támogatási programból.

Jelenleg a következőktől kapok támogatást (sorolja fel, hogyan fedezi alapvető költségeit, az élelmet, ruházatot, lakhatást, beleértve a támogatást nyújtó összes személy nevét):

Tudomásul veszem, hogy a McLaren Health Care képviselője kapcsolatba léphet a fent felsorolt személyekkel a megadott információk ellenőrzése végett.

Aláírás

A kérelmező aláírása: _____

Név nyomtatott betűkkel: _____

Dátum: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Region | <input type="checkbox"/> McLaren-Macomb |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Special Care | <input type="checkbox"/> McLaren Medical Group |
| <input type="checkbox"/> McLaren Cancer Institute | <input type="checkbox"/> McLaren-Oakland |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Central Michigan | <input type="checkbox"/> McLaren-Orthopedic Hospital |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Clarkston | <input type="checkbox"/> McLaren Northern Michigan |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Flint | <input type="checkbox"/> McLaren Caro Region |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Monge Lansing | <input type="checkbox"/> McLaren Thumb Region |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Care | <input type="checkbox"/> McLaren St. Lukes |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Plan | <input type="checkbox"/> Más _____ |
| <input type="checkbox"/> McLaren Homecare Group | |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Lapeer Region | |

Pénzügyi támogatás iránti kérelem

Esedékes egyenleg(ek) _____ Számlaszámok _____

A beteg neve _____ Társadalombiztosítási szám _____ Születési dátum _____

Lakcím _____ Város _____ Állam _____ Irányítószám _____

Otthoni telefonszám _____ Alternatív telefon _____

A felelős fél (garanciavállaló) neve _____ Társadalombiztosítási szám _____ Születési dátum _____

Munkáltató _____ Munkahelyi telefon _____

Jelölje be az egyiket: Aktív munkavállaló Önálló vállalkozó Munkanélküli Nyugdíjas Munkaképtelen

Ha alkalmazásban áll, milyen rendszerben dolgozik: Teljes időben Részidőben Alkalmanként Heti munkaórák átlagos száma _____

Házastárs neve _____ Társadalombiztosítási szám _____ Születési dátum _____

A házastárs munkaadója _____

Jelölje be az egyiket: Aktív munkavállaló Önálló vállalkozó Munkanélküli Nyugdíjas Munkaképtelen

Ha alkalmazásban áll, milyen rendszerben dolgozik: Teljes időben Részidőben Alkalmanként Heti munkaórák átlagos száma _____

Eltartottak neve és életkora (beleértve saját magát és házastársát is) _____

MEGTAKARÍTÁSOK (letéti jegy, pénzpiac, egyéni nyugdíjszámla), folyószámlák és hitelszövetkezeti számlák

Bank neve	Város	Számla típusa	Egyenleg

Saját tulajdonában van-e az otthona? Igen Nem Ha igen, ld. az alábbi listát.

Van más vagyona? Járművek, szabadidős járművek, egyéb ingatlanok Igen Nem Ha igen, ld. az alábbi listát.

ESZKÖZÖK

Eszköz – lakás, jármű stb.	Piaci érték	Még fennálló hiteltartozás

A HÁZTARTÁS HAVI BEVÉTELEI ÉS KIADÁSAI

Bevételi tétel	Összeg (havonta)	Kiadási tétel	Összeg (havonta)
A háztartás teljes bruttó fizetése		Bérleti díj/jelzáló	
Társadalombiztosítási bevétel		Vagyonadók	
Kamatbevétel		Autó	
Bérleti jövedelem		Lakástbiztosítás	
Tartásdíj		Gépjármű-biztosítás	
Gyermektartás		Egészségügyi biztosítás	
Nyugdíj		Életbiztosítás	
Általános segítségnyújtás		Közüemi szolgáltatások	
Munkanélküliség		Élelmiszerek	
Állami/szövetségi támogatás		Benzin	
Mások hozzájárulásai		Orvosi költségek	
Földszerződésből származó jövedelem		Tartásdíj/Gyermektartás	
Munkavállalói kártérítés		Egyéb	
Katonai családi telek		Egyéb	
Egyéb (kérjük, részletezze)		Egyéb	

RÉSZLETFIZETÉSES HITELEK ÉS HITELKÁRTYÁK

Hitelező	Tartozás egyenlege	Havi törlesztés

Összes bevétel	Összes kiadás

Kérjük, mellékelje a kérelméhez esetleg kapcsolódó bevételeire és költségeire vonatkozó bármilyen további részleteket.

Ézúton megerősítem, hogy a fenti információk legjobb tudomásom szerint helytállóak. Felhatalmazom a McLaren Health Care Corporation-t (MHCC) és leányvállalatait, hogy ellenőrizzék az információk teljességét és helyességét. Továbbá hozzájárulok, hogy ezek az információk az MHCC és leányvállalatai rendelkezésére álljanak. Tudomásul veszem, hogy mint jótékonyági szervezet, az MHCC kedvezményes vagy ingyenes ellátást nyújthat. Tudomásul veszem továbbá, hogy a döntéshozatali folyamat során személyes fizetőképességre vonatkozó jelentés beszerzésére kerülhet sor.

A beteg vagy a felelős fél aláírása

Dátum

Házastárs aláírása

Datum

A hozzájárulások tizenkét hónapig érvényesek, amelyet követően minden jövőbeni szolgáltatáshoz naprakész információkra lesz szükség. A fennmaradó egyenlegre vonatkozóan elfogadható fizetési feltételeket kell kialakítani, és azokat az MHCC belátása szerint újraértékelheti.

CÉGSZERŰ ALÁÍRÁS

DÁTUM

DÖNTÉS:

--