

Obrazac zahtjeva za financijsku pomoć

PRVI ODJELJAK: INFORMACIJE O PACIJENTU

Tiskanim slovima napišite svoje puno ime i prezime, svoju adresu u vrijeme kada ste primili medicinsku uslugu i druge informacije koje se traže u ovom odjeljku.

Broj računa _____ Datum(i) pružanja usluga _____

Ime i prezime pacijenta: _____
PREZIME IME SREDNJI INICIJAL

Adresa: _____ Grad: _____ Država: _____
ULICA I BROJ

Država boravišta: _____ Poštanski broj: _____ Datum rođenja: ____/____/____ Bračno stanje: neoženjen/neudana oženjen/udana razveden/razvedena

Primarni broj telefona: (_____) _____ Kuća Mobilni Posao Drugi _____

Adresa e- pošte: _____

Zdravstveno osiguranje u vrijeme pružanja usluge: Bez osiguranja Medicare Medicaid Drugo _____

DRUGI ODJELJAK: PRIHODI I IMOVINA OBITELJI

Navedite svoje prihode, prihode svog supružnika i svih drugih članova obitelji (ako je primjenjivo).

Izvor prihoda	Ukupno za 3 mjeseca prije pružanja usluge	Ukupno za 12 mjeseci prije pružanja usluge
Zarade/samozaposlenje	\$ _____	\$ _____
Socijalna pomoć	\$ _____	\$ _____
Mirovine, dividende, vlasnički udjeli, prihod od iznajmljivanja	\$ _____	\$ _____
Naknada za nezaposlene, naknada za radnike	\$ _____	\$ _____
Alimentacija (samo ako je pacijent osoba koja prima alimentaciju)	\$ _____	\$ _____
Drugo	\$ _____	\$ _____

Ukupna neto imovina (imovina minus dugovi) na datum podnošenja zahtjeva \$ _____

TREĆI ODJELJAK: INFORMACIJE O OBITELJI I PRIHODI OBITELJI

Navedite sve članove obitelji koji žive u vašem kućanstvu i njihove datume rođenja.

Navedite sljedeće informacije za sve osobe u vašoj uжоj obitelji koje žive u vašem domu. Za svrhe HCAP-a, obitelj se definira kao pacijent, pacijentov supružnik i sva pacijentova djeca mlađa od 18 godina (biološka ili usvojena) koja žive u pacijentovom domu. Ako je pacijent osoba mlađa od 18 godina, obitelj uključuje pacijenta, pacijentove biološke roditelje ili usvojitelje i pacijentovu djecu mlađu od 18 godina (biološku ili usvojenu) koja žive u pacijentovom domu.

Imena i prezimena članova obitelji, uključujući pacijenta Datum rođenja Odnos s pacijentom

1. Pacijent: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Potpisivanjem ovog dokumenta potvrđujem da je sve što sam naveo/navela u ovom zahtjevu i svim prilogima zahtjevu istinito.

Potpis podnosioca zahtjeva: x _____ Datum: _____

Potpisivanjem ovog dokumenta potvrđujem da sam pregledao/pregledala i odobrio/odobrila ovaj zahtjev.

Potpis generalnog direktora bolnice: x _____ Datum: _____

Popunjen zahtjev predajte sljedećoj ustanovi: [Penn State Health Rehabilitation Hospital](#)

1135 Old West Chocolate Avenue Hershey PA 17036 (717)832-2660