

POKYNY K ŽÁDOSTI O FINANČNÍ POMOC

Vyplněnou žádost a podklady prosím zašlete na adresu:

Cedars-Sinai Medical Center
 Financial Assistance Processing Unit
 Soubor 1688
 1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688, USA

Úřední hodiny: 8:00–16:30
 Otevírací doba: pondělí–pátek
 Telefonní číslo: 323-866-8600
 E-mail: Patient.Billing@cshs.org

Žádost o finanční pomoc
včetně seznamu vyžadovaných podkladů

Tento dokument je žádostí Organizace o finanční pomoc. Kontaktní údaje pro případ dotazů jsou uvedeny výše.

Máme dva způsoby, jak poskytovat finanční pomoc. Jedním z nich je klasická žádost o maximální finanční pomoc („komplexní finanční pomoc“), na kterou můžete mít nárok podle našich zásad o udělení finanční pomoci (dále jen „Zásady“). Druhý způsob má méně obsáhlé požadavky na žádost pro pacienty, kteří žádají o omezenou finanční pomoc (dále jen „omezená finanční pomoc“).

Chcete-li být zařazeni do těchto programů finanční pomoci, vyplňte prosím tuto žádost, díky které Organizace zjistí, zda máte nárok na poskytnutí zvýšené péče. Nemůžeme zaručit, že budete mít na pomoc nárok, a to ani v případě, že o ni požádáte. Poté, co obdržíme vaši vyplněnou žádost a dokumentaci, dostanou všichni pacienti písemnou odpověď, ve které bude potvrzeno schválení/zamítnutí žádosti.

Zásady se vztahují na lékařsky nezbytnou péči poskytovanou v Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, lékaři fakultní nemocnice Cedars-Sinai v rámci výkonu své funkce, lékaři zaměstnanými Cedars-Sinai Medical Care Foundation nebo uskupeními se smlouvou o výhradním poskytování odborných služeb a lékaři pohotovosti Cedars-Sinai Community Urgent Care Medical Group, Inc, Huntington Hospital a Huntington Health Physicians (dále jen „Organizace“). Tento program se nemusí vztahovat na plánované kosmetické služby ani na jiné poskytovatele služeb mimo výše uvedené kategorie služeb.

Vyplněnou žádost můžete zaslat poštou nebo e-mailem. Poskytněte veškeré dokumenty požadované níže. Chybějící nebo nepřiložené dokumenty mohou mít za vinu odložení finanční pomoci nebo její zamítnutí. Pokud nemůžete některé konkrétní dokumenty předložit, přiložte vysvětlující dopis.

V PŘÍPADĚ NEPOSKYTNUTÍ VŠECH POŽADOVANÝCH INFORMACÍ MŮŽE BÝT ŽÁDOST ZAMÍTNUTA.

UPOZORNĚNÍ: POKUD NEJSTE POJIŠTĚNI A SPLŇUJETE KONKRÉTNÍ KRITÉRIA PRO PŘEDPOKLÁDANÝ NÁROK NA MEDI-CAL, TUTO ŽÁDOST VYPLŇOVAT NEMUSÍTE.

Doklad o příjmu, Dokumenty k žádosti Povinné dokumenty:	Komplexní finanční pomoc	Omezená finanční pomoc
Výplatní pásky (za předchozí 2 měsíce)	Povinně	Povinně
Daňové přiznání federálnímu úřadu (za předchozí rok) <ul style="list-style-type: none"> • Pokud jste nepodali daňové přiznání federálnímu úřadu, předložte nejnovější formuláře W2 nebo 1099. • Pokud jste odložili podání daňového přiznání federálnímu úřadu z důvodu dočasné pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti, předložte formulář pro odklad podání daňového přiznání. Získejte kopii na telefonním čísle 1-800-908-9946 nebo na adrese www.irs.gov/individuals/get-transcript (použijte formulář 4506-T nebo 4506T-EZ). 	Povinně	Povinně

Výpisy od úřadu práce, potvrzení o sociálním pojištění nebo invaliditě (předchozí dva měsíce)	Povinně	Volitelně
Výpisy z bankovních účtů za poslední dva měsíce týkající se všech běžných, spořicíh a úvěrových účtů (předložte všechny stránky)	Povinně	Volitelně
Potvrzení o nájmu nebo hypotéce	Povinně	Volitelně
Případný dokument s odpovědí na žádost o Medi-Cal (schvalující nebo zamítající)	Povinně	Volitelně

Dokumenty o sňatku/partnerství:

- Pokud jste sezdáni, žijete v partnerském svazku nebo v partnerském soužití, předložte příslušné doklady o příjmu manžela/manželky či partnera/partnerky. Viz výše uvedený seznam dokumentů, včetně výplatních pásek, potvrzení, daňových přiznání federálnímu úřadu, formulářů W2 nebo 1099, formulářů pro odklad podání, výpisů z bankovních účtů a alimentů/výživného na děti.

Vyplněná žádost:

- Vyplněná žádost musí obsahovat datum a podpis žadatele.

Rozhodování mezi omezenou nebo komplexní finanční pomocí

Žadatelé o omezenou finanční pomoc budou mít nárok na finanční pomoc pouze do výše poloviny částky, která by byla poskytnuta na stejné služby u žádosti o úplnou finanční pomoc.

ŽÁDOST O FINANČNÍ POMOC

Zaškrtněte, o jaký typ finanční pomoci chcete požádat:

- Omezená finanční pomoc (limitovaná, v rozmezí od 0 % do 50 %)
- Úplná finanční pomoc (bez limitů, v rozmezí od 0 % do 100 %)

Zaškrtněte, zda žadatel splňuje podmínky některého z následujících programů nebo prostředí:

- Výživový program pro ženy, kojence a děti (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- Duševní nezpůsobilost bez osoby, jež by mohla jednat jménem pacienta
- Program doplňkové výživy (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Nárok na Medi-Cal, ale bez data poskytnutí služby
- Bez domova
- Zesnulý/á bez pozůstalosti

INFORMACE O PACIENTOVI

Jméno pacienta		Číslo sociálního pojištění	Datum narození	
Adresa bydliště		Město	Stát	PSC
Číslo domů	Číslo mobilního telefonu	E-mailová adresa		
Preferovaný způsob kontaktu <input type="checkbox"/> Pošta USA <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon domů <input type="checkbox"/> Mobilní telefon			Roční příjem domácnosti: _____ \$	
Rodinný stav: <input type="checkbox"/> Ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> Svobodný/á <input type="checkbox"/> Odloučený/á <input type="checkbox"/> Rozvedený/á <input type="checkbox"/> Ovdovělý/á <input type="checkbox"/> Druh/družka			Počet osob ve vaší domácnosti (podle daňového přiznání):	
Zaměstnanecký stav <input type="checkbox"/> Zaměstnaný/á <input type="checkbox"/> OSVČ <input type="checkbox"/> Důchodce <input type="checkbox"/> Osoba se zdravotním postižením <input type="checkbox"/> Nezaměstnaný/á – poslední odpracovaný den: _____				

Název zaměstnavatele		Telefonní číslo		
Adresa zaměstnavatele		Město	Stát	PSC
INFORMACE O MANŽELOVI/MANŽELCE/DRUHOVI/DRUŽCE/ RODIČI/RUČITELI				
Vztah k pacientovi <input type="checkbox"/> Manžel/manželka <input type="checkbox"/> Druh/družka <input type="checkbox"/> Rodič <input type="checkbox"/> Ručitel <input type="checkbox"/> Jiné: _____				
Jméno		Číslo sociálního pojištění	Datum narození	
Zaměstnanecký stav <input type="checkbox"/> Zaměstnaný/á <input type="checkbox"/> OSVČ <input type="checkbox"/> Důchodce <input type="checkbox"/> Osoba se zdravotním postižením <input type="checkbox"/> Nezaměstnaný/á – poslední odpracovaný den: _____				
Název zaměstnavatele		Telefonní číslo		
Adresa zaměstnavatele		Město	Stát	PSC
POJISTNÉ KRYTÍ				
Máte nárok na nějaké zdravotní pojištění? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, vyplňte prosím následující pole:				
Pojištěnec	Pojistitel		Číslo pojistné smlouvy	
Pojištěnec	Pojistitel		Číslo pojistné smlouvy	
INFORMACE O VÝDAJÍCH A MAJETKU				
Současný měsíční příjem	Pacient/ručitel	Manžel/ka/ partner/ka	Celkem	
Výše hrubé mzdy	\$	\$	\$	
Čistý příjem ze samostatné výdělečné činnosti	\$	\$	\$	
Úroky a dividendy	\$	\$	\$	
Nemovitosti nebo pronájem nemovitostí	\$	\$	\$	
Sociální pojištění/důchod/pracovní neschopnost	\$	\$	\$	
Výživné na manžela/manželku, výživné na dítě	\$	\$	\$	
Jiné	\$	\$	\$	
Celkový měsíční příjem	\$	\$	\$	
Nezbytné životní náklady	Pacient/ručitel	Manžel/ka/ partner/ka	Celkem	
Nájem nebo hypotéka	\$	\$	\$	
Daně z nemovitostí	\$	\$	\$	
Dodávky energií a telefon	\$	\$	\$	
Výživné na manžela/manželku, výživné na dítě	\$	\$	\$	
Splátka půjčky/leasingu na auto	\$	\$	\$	
Vzdělávání	\$	\$	\$	

Škola/předškolní zařízení (nezaopatřené nezletilé osoby)	\$	\$	\$
Potraviny	\$	\$	\$
Pojištění	\$	\$	\$
Jiné výdaje	\$	\$	\$
Celkové měsíční výdaje	\$	\$	\$
Současný dluh za zdravotní péči			
Pacient/ručitel		Manžel/ka/ partner/ka	Celkem
Zbývající dluh za zdravotní péči (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Jiný dluh za zdravotní péči	\$	\$	\$
Majetek (kromě penzijních účtů)			
Pacient/ručitel		Manžel/ka/ partner/ka	Celkem
Šekové/spořicí/úvěrové účty Unie	\$	\$	\$
Akcie a dluhopisy	\$	\$	\$
Vkladové účty Money Market/Makléřské účty	\$	\$	\$
Depozitní certifikáty	\$	\$	\$
Celkový majetek	\$	\$	\$

Potvrzuji, že údaje uvedené v této žádosti jsou podle mého nejlepšího vědomí pravdivé a správné. Souhlasím s podáním žádosti o veškerou místní, státní a federální pomoc, na kterou mohu mít nárok, aby se snížily náklady na případné platby za hospitalizaci a odborné úkony. Beru na vědomí, že poskytnuté informace může Organizace ověřit, a zmocňuji ji, aby se obrátila na třetí strany za účelem ověření správnosti informací uvedených v této žádosti. Beru na vědomí, že pokud jsem vědomě uvedl/a nesprávné informace nebo pokud žádost obsahuje podstatnou chybu či opomenutí, nebudu mít na finanční pomoc nárok. Pokud mi byla finanční pomoc již dříve poskytnuta, může být v takovém případě zrušena a ponesu odpovědnost za dlužnou částku.

Podpis osoby žádající o finanční pomoc

Datum

Podpis manžela/manželky, druhá/družky či
ručitele (je-li relevantní)

Datum