

ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU PROCJENU

Ukoliko smatrate da ste kvalificirani za primanje finansijske pomoći u skladu s Federalnim smjernicama o prihodima i siromaštvu, **popunite ovaj zahtjev i pošaljite ga natrag skupa s traženom dokumentacijom koja je navedena u nastavku.**

NAPOMENA: Zahtjev za finansijsku pomoć neće se razmatrati bez dokaza o visini prihoda I potpisanog popunjenog zahtjeva.

Dostavite sve potvrde o prihodu navedene ispod koje se odnose na vašu porodicu (podnosilac zahtjeva/pacijent(ica), supružnik(ca)/partner(ica) i izdržavane osobe).

1. Odresci od plate ili potvrda od poslodavca s podacima o bruto prihodu u posljednja tri (3) mjeseca.
2. Ukoliko ste samozaposleni, dostavite kopiju finansijskog izvještaja o poslovanju za posljednji kvartal, skupa s prijavom poreza za prethodnu godinu.
3. Potvrda o nezaposlenosti kojom se dokazuje uskraćivanje pomoći ili kvalificiranost za pomoć, kao I iznos koji se prima.
4. Pismo o kvalificiranosti za socijalno osiguranje ili kopija čeka socijalnog osiguranja. (Ako imate direktni depozit, trebat će nam kopija izvoda iz banke s potvrdom o tom prihodu.)
5. Potpisana prijava poreza za prihod ostvaren u prethodnoj godini može se podnijeti od januara do kraja marta. Prijava poreza za tekuću godinu može se podnijeti od aprila do kraja decembra.
6. Potvrda o prebivalištu u saveznoj državi Georgia. (Ugovor o unajmljivanju, račun za komunalije, obavještenje o procjeni prihoda na imovinu.)
7. Dokaz o drugim izvorima prihoda, kao što su dječiji doplatk, alimentacija, sredstva iz fondova ili od iznajmljivanja nekretnina.
8. Ako u protekla tri (3) mjeseca niste imali nikakve prihode, pošaljite:
 - a. Potpisanu i datiranu izjavu u kojoj se objašnjavaju okolnosti povezane s vašim finansijskim teškoćama.
 - b. Ovjerenu izjavu od osobe ili osoba koje obezbjeđuju stan i hranu.

U slučaju da ne dostavite tražene informacije, može se desiti da zahtjev bude odbijen zbog nemogućnosti da se utvrdi vaša kvalificiranost za finansijsku pomoć.

Telefon: 678-312-4406

E-pošta: financialcounselor@gwinnettmedicalcenter.org

Pošaljite zahtjev i dokaz o prihodu na adresu: Gwinnett Hospital System
P.O. Box 348
Lawrenceville, GA 30046
Attn: Financial Counselor

Odobrenje dato u skladu s Programom finansijske pomoći (Financial Assistance Program) važi samo za troškove koji se naprave u okviru organizacije Gwinnett Hospital System. Programom nisu pokriveni ljeckarski troškovi za intervencije iz domena patologije, kardiologije, radiologije, anesteziologije, za privatne ljeckare, ambulantni prevoz ili medikamente.

Ovaj program nije povezan s programima Medicaid ili Medicare.

Prijava važi 90 dana od podnošenja zahtjeva za finansijsku pomoć.

ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU PROCJENU

Zakonsko ime pacijenta/ice: _____ Broj socijalnog osiguranja: _____

Poštanska adresa: _____ Grad/Država: _____ Pošt. br.: _____

Kućna adresa (ako je drugačija): _____ Grad/Država: _____ Pošt. br.: _____

Kućni telefon: _____ Mobitel: _____ Broj na poslu: _____

Poslodavac: _____ Zanimanje: _____ Bruto mjesečni prihod u USD _____

Spisak članova porodice: (odnosi se na podnosioca prijave, supružnika i sve zakonski izdržavane osobe na način kako to propisuje savezna vlada)

Ime i prezime člana porodice	Datum rođenja	Spol	Srodstvo s pacijentom	Broj socijalnog osiguranja	Poslodavac / Datum zapošljavanja	Bruto mjesečni prihod
						USD
						USD
						USD
						USD
						USD

Drugi izvori prihoda kojeg primate mjesečno:

Dopunska socijalna pomoć
(Supplemental Security Income; SSI) USD _____
Socijalno osiguranje za osobe s onesposobljenjem (Social Security Disability; SSDI) USD _____
Pomoć za nezaposlene USD _____
Bonovi za hranu USD _____
Socijalna pomoć (AFDC) USD _____
Beneficije za ratne veterane (VA) USD _____
Penzije/Mirovinske povlastice USD _____
Dječiji doplati USD _____
Kamate/dividende na investicije USD _____
Drugi prihod: USD _____

Imovina:
Štedni račun/i USD _____
Tekući račun/i USD _____
Dionice/obveznice (tržišna vrijednost) USD _____
Nominalna vrijednost certifikata o depozitu USD _____
Rekreacijska vozila USD _____
Automobili/kamioni USD _____
Ostala imovina: USD _____

Troškovi života za domaćinstvo:

Hipoteka ili stanarina:

1. Mjesečno plaćanje hipoteke/stanarine USD _____
2. Porezi na imovinu/osiguranje USD _____
3. Procijenjena vrijednost kuće/stana USD _____

Komunalije: (voda, odvoz smeća, struja, gas, kablovska TV i telefon/pejdžeri)

USD _____

Hrana/sredstva za higijenu/kozmetika:

USD _____

Ukupni izdaci za automobil:

1. Otplaćivanje automobila USD _____
2. Otplaćivanje drugog automobila USD _____
3. Gorivo za automobil USD _____
4. Osiguranje automobila USD _____
5. Troškovi za popravke automobila USD _____

Kreditne kartice:

USD _____

Kreditni:

USD _____

Premije osiguranja:

1. Životno USD _____
2. Zdravstveno USD _____

Troškovi zdravstvene njege:

1. Medicinski računi USD _____
2. Stomatološki računi USD _____
3. Recepti USD _____

Troškovi za čuvanje djece:

USD _____

Ostali troškovi:

USD _____

Izjavljujem da su informacije navedene u ovom obrascu tačne i potpune i da su date u svrhu procjenjivanja moje finansijske situacije i mogućnosti plaćanja računa ili troškova za bolničke usluge koje sam primio/la od organizacije Gwinnett Hospital System ili svih računa koje sam potpisao/la kao jamac. Dajem ovlaštenje svom poslodavcu da saopći informacije o mom prihodu koje mogu biti potrebne prilikom procjenjivanja mojih finansijskih potreba. Saglasan/na sam da ću odmah obavijestiti organizaciju Gwinnett Hospital System o svim promjenama finansijske situacije koje mogu utjecati na moju sposobnost plaćanja troškova. Podnošenjem zahtjeva za finansijsku pomoć razumijem da Gwinnett Hospital System može ispitati moju (našu) kreditnu historiju.

Potpis: _____

Datum: _____

Potpis supružnika/ce: _____

Datum: _____

(Ako ste vjenčani, potpis supružnika/ce je obavezan)