

Prijava za finansijsku pomoć

Molimo odaberite lokaciju za usluge (molimo odaberite sve što se odnosi na vas)

☐ Central Vermont Medical Center ☐ Porter Medical Center ☐ UVM Medical Center

Podaci o glavi domaćinstva / finansijskom garantu

Glava domaćinstva

Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja	Bračni status	Broj telefona
Adresa		Grad	Država Poštanski broj

Članovi domaćinstva

Navedite sve članove porodice koji žive u vašem domaćinstvu, uključujući i vanbračnog partnera. Vanbračni partner znači osoba koja živi s vama u ozbiljnoj vezi. Partner ne uključuje cimera/cimerku.

Ime i prezime	Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja	Odnos

Dodatne informacije

Da li ste pokriveni polisom zdravstvenog osiguranja? Ako jeste, navedite informacije u nastavku:	☐ Da ☐ Ne
Ime osiguravajuće kompanije:	Identifikacijski broj:
Da li ste se prijavili za Medicaid u Vermontu ili New Yorku?	☐ Da ☐ Ne
Da li ste se prijavili za pokriće kod Vermont ili New York Health Exchange?	☐ Da ☐ Ne
Da li živite, radite ili idete u školu u Vermontu?	☐ Da ☐ Ne

Mjesečni troškovi

Ove informacije koristimo kako bismo bolje razumjeli vašu finansijsku situaciju

Najamnina ili hipoteka	\$:	Lijekovi	\$:
Porez na imovinu	\$:	Zdravstveno osiguranje	\$:
Režije (voda / struja)	\$:	Računi za zdravstvo	\$:
Vozilo (otplata automobila)	\$:	Osiguranje (Vozilo / Nekretnina)	\$:
Dječja skrb	\$:	Alimentacija / Izdržavanje djeteta	\$:
Troškovi života (hrana / gorivo)	\$:	Ostalo	\$:

Nastavite sa zahtjevom na poledini

Zaposlenje		
	Glava domaćinstva / Finansijski garant	Supružnik / Vanbračni partner
Poslodavac ili zaokružite ako ste: (penzioner / student / nezaposlena osoba)		
Mjesečni prihodi		
Bruto plata	\$:	\$:
Prihod od samozaposlenja	\$:	\$:
Socijalno osiguranje	\$:	\$:
Penzija / Raspodjela penzije	\$:	\$:
Invaliditet (isključujući veterane)	\$:	\$:
Nezaposlenost	\$:	\$:
Prihod od najma	\$:	\$:
Prihod od dividendi	\$:	\$:
Ostali prihod:	\$:	\$:
Novčana sredstva Gotovina / Uštedevina / Investicije		
	Glava domaćinstva / Finansijski garant	Supružnik / Vanbračni partner
Tekući račun	\$:	\$:
Štedni račun	\$:	\$:
Potvrde o depozitu	\$:	\$:
Dionice / Investicioni fondovi	\$:	\$:
Obveznice	\$:	\$:
Anuiteti (ako su novčani)	\$:	\$:
Tržište novca	\$:	\$:
Povjerenički račun (ako je novčani)	\$:	\$:
Ostalo:	\$:	\$:
Dodatna imovina (ne uključuje vašu primarnu adresu stanovanja)		
	Vrijednost	Bilans hipoteke
Kuća za odmor / Druga kuća	\$:	\$:
Zemljište	\$:	\$:
Nekretnina za iznajmljivanje	\$:	\$:
Molimo vas da navedete sve ostale informacije o vašoj trenutnoj finansijskoj situaciji koje biste željeli da znamo. Ove informacije uključuju poteškoće s plaćanjem računa, najma ili hrane.		

Popunite i potpišite zahtjev na sljedećoj stranici

Kontrolna lista za potrebnu dokumentaciju

Molimo vas da popunjeni zahtjev, zajedno s pratećom dokumentacijom, pošaljete poštom na adresu naših Financial Assistance Programs u bolnici u kojoj primате njegu. Kvalifikacija za pomoć zasniva se na nizu kriterija, uključujući pregled prihoda i imovine. Da bismo obradili vaš zahtjev, molimo vas da dostavite odgovarajuću dokumentaciju navedenu u nastavku kako biste potkrijepili svoje finansijske potrebe.

Prihod:

- Posljednja federalna poreska prijava
- Umjesto federalne poreske prijave, možete dostaviti sljedeće alternativne dokumente:
 - Zaposleni / Samozaposleni:
 - Dva posljednja, uzastopna izvoda o zaradi (platne liste)
 - Pismena potvrda o prihodima od poslodavca (ako ste plaćeni u gotovini)
 - Pismena potvrda ugovora o radu migrantskog radnika
 - Pismena potvrda od Open-Door Clinic
 - Socijalno osiguranje: Potvrda o isplatama za tekuću godinu -ili- posljednji 1099-SSA izvod
 - Penzija/Raspodjela penzije: Izvod o trenutnim isplatama -ili- posljednji 1099-R izvod
 - Nezaposlenost: Izvod o trenutnim isplatama
 - Prihod od najma: Bilans uspjeha s početka godine ako nekretnina nije uključena u imovinu
 - Dokumentacija o javnoj pomoći (npr. Medicaid, bonovi za hranu, itd.)

Novčana sredstva:

- Trenutni izvod vaše finansijske institucije za:
 - Tekući i štedni račun
 - Potvrde o depozitu (CD)
 - Dionice / Investicioni fondovi / Obveznice / Tržište novca
 - Anuiteti, ako su novčani
 - Nekretnina za iznajmljivanje (ako prihod od najma nije uključen u vašu federalnu poreznu prijavu)

Molimo vas da pročitate pažljivo

Tražim finansijsku pomoć od partnera the University of Vermont Health Network. Potvrđujem da su sve informacije koje sam dostavio/la tačne i potpune. The University of Vermont Health Network ima moju dozvolu da provjeri relevantne informacije i razmijeni informacije u vezi s mojim računima, zahtjevom i pratećom dokumentacijom sa svojim pridruženim pružiocima usluga. Svaka netačna, nepotpuna ili lažna informacija koja je dostavljena može poništiti moj zahtjev za finansijsku pomoć. Slažem se da vratim puni iznos finansijske pomoći ako primim bilo kakvu uplatu za medicinske usluge obuhvaćene ovim zahtjevom za finansijsku pomoć. Sve dostavljene informacije ostat će povjerljive u skladu s odredbama saveznih propisa HIPAA-e.

Potpis glave domaćinstva / Finansijskog garanta	Datum

Molimo vas da popunjeni formular zahtjeva pošaljete na adresu ispod. Molimo vas da uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401