

## ZAHTJEV ZA FINANSIJSKU POMOĆ

Razumijem da informacije koje se odnose na moj godišnji prihod, veličinu porodice i imovinu podliježu provjeri od strane bolnice Pine Rest Christian Mental Health Services. Također razumijem da, ako se utvrdi da su dostavljene informacije neistinite, isto će rezultirati odbijanjem ovog zahtjeva, a dospijeće stanja na računu postaje moja odgovornost.

ODJELJAK JEDAN: PODACI O PACIJENTU (štampanim slovima)							
Broj računa		Datum(i) usluge		Broj socijalnog osiguranja			
Ime pacijenta (prezime, ime, inicijal srednjeg imena)				Datum rođenja			
Adresa			Grad		Zemlja		Pošanski broj
Kućni telefon ( )		Mobilni telefon ( )		Drugi telefon ( )		Općina	
Bračni status Samac Oženjen Razveden Drugo _____		Da li ste legalni stanovnik Sjedinjenih Država? Da Ne		Da li imate zdravstveno osiguranje ili bilo koje drugo osiguranje u vrijeme vaše usluge? Da Ne			
Da li predajete Federalnu prijavu poreza? Da Ne Ukoliko ne, zašto? _____		Ko je primarni podnosilac? Lično Supružnik Ostali: _____		Da li neko u kući prima javnu pomoć? Gotovina Hrana Ostalo: _____			
ODJELJAK DVA: INFORMACIJE O ŽIRANTU/ODGOVORNOJ STRANCI							
Žirant/odgovorna stranka: Ime (prezime, ime, inicijal srednjeg imena)				Datum rođenja		Broj socijalnog osiguranja	
Adresa			Grad		Zemlja		Pošanski broj
Mobilni telefon ( )		Drugi telefon ( )		Općina		Odnos s pacijentom	
ODJELJAK TRI: INFORMACIJE O DOMAĆINSTVU (navedite sve osobe koje žive u domaćinstvu)							
Ime člana porodice	Datum rođenja	Odnos s pacijentom	Da li je ova osoba navedena na vašoj Federalnoj poreznoj prijavi?	Ime člana porodice	Datum rođenja	Odnos s pacijentom	Da li je ova osoba navedena na vašoj Federalnoj poreznoj prijavi?
1.			Da Ne	4.			Da Ne
2.			Da Ne	5.			Da Ne
3.			Da Ne	6.			Da Ne
Svi dodatni članovi domaćinstva mogu se podnijeti na dodatnom papiru.							

**SEKCIJA ČETIRI: TROŠKOVI (navedite mjesečne troškove za sve članove domaćinstva)**

Rata za kuću	Rata za automobil	Grijanje	Mobilni telefon
Porezi na imovinu (godina)	Osiguranje vozila	Struja	Namirnice
Najam/lot najma	Gorivo (vozilo)	Telefon	Školarina
Osiguranje kuće/najma	Skrb o djeci/alimentacija	Uklanjanje vode/kanalizacija/odvoz smeća	Ostalo: _
Zdravstveno osiguranje/troškovi	Životno osiguranje	Kablovska/jelo/internet	Ostalo: _

**SEKCIJA PET:**

Izvor mjesečnih primanja	Koji član porodice prima ovaj prihod?	Trenutni mjesečni iznos bruto prihoda	Izvor mjesečnih primanja	Koji član porodice prima ovaj prihod?	Trenutni mjesečni iznos bruto prihoda
Plate			Plate		
Samozaposlenje			Samozaposlenje		
Alimentacija/uzdržavanje			Alimentacija/uzdržavanje		
Socijalna sigurnost			Socijalna sigurnost		
Investicije			Investicije		
Penzije/Dividende			Penzije/Dividende		
Napojnica/provizija			Napojnica/provizija		
Kamata			Kamata		
Prihod od najma			Prihod od najma		
Plemenski prihod			Plemenski prihod		
Nezaposlenost			Nezaposlenost		
Radničke kompenzacije			Radničke kompenzacije		
Drugi: _____			Drugi: _____		

**SEKCIJA ŠEST: IMOVINA DOMAĆINSTVA (navedite imovinu svih članova porodice)**

Izvor imovine	Koji član domaćinstva posjeduje ovu imovinu?	Trenutna vrijednost imovine	Izvor imovine	Koji član domaćinstva posjeduje ovu imovinu?	Trenutna vrijednost imovine
Izvor imovine			Vrijednost nekretnine (kuće)		
Tekući račun #2			Vrijednost #2 nekretnine		
Štedni račun			(Primarna) vrijednost vozila		
Štedni račun #2			Vrijednost #2 vozila		
Potvrde o depozitu/ Tržište			Motocikl/sva terenska		

401k/403B/lični penzioni			Životno osiguranje (otkupna		
Dionice/obveznice/anuitet			Ostalo: _____		
Zdravstveni štedni račun/			Ostalo: _____		

### ODJELJAK SEDAM: POKRIĆE OSIGURANJEM

Primarno pokriće	Članski ID broj	Broj grupe	Broj pretplatnika	Odnos s pacijentom
------------------	-----------------	------------	-------------------	--------------------

Povlastice (popunjava osoblje bolnice Pine Rest)

Sekundarno pokriće	Članski ID broj	Broj grupe	Broj pretplatnika	Odnos s pacijentom
--------------------	-----------------	------------	-------------------	--------------------

Povlastice (popunjava osoblje bolnice Pine Rest)

### ODJELJAK OSAM: RAZLOG ZA ZAHTJEV (štampanim slovima)

Pacijentov razlog za zahtjev (ako je potrebno više prostora, može se dostaviti na dodatnom papiru)

Potpisom u nastavku potvrđujem da je sve što sam naveo u ovom zahtjevu i na bilo kojem prilogu istinito.

Potpis odgovorne stranke: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ako imate bilo kakvih pitanja, nazovite: \_\_\_\_\_ na ( ) \_\_\_\_\_

### Ispunjava osoblje bolnice Pine Rest za zahtjev za Financial Assistance (FAP) 501R

Potpis osoblja koje revidira: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Potpis direktora odjela: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Status odobrenja: Odobreno      Odbijeno	Ako je odobreno, dodijeljeni iznos/postotak:	Ako je odbijeno, razlog odbijanja:
Datum(i) stupanja na snagu:	Zahtijevani datum isteka/obnove:	

## Ispunjava osoblje bolnice Pine Rest za zahtjev za Patient Assistance Fund (PAF)

Potpis osoblja koje revidira: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis direktora odjela: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Status odobrenja: Odobreno                      Odbijeno	Ako je odobreno, pogledajte niže sve detalje dodjele. Bilješke o dodjeli:	Ako je odbijeno, razlog odbijanja:
Stacionarni boravak		
Naknadni boravci:		
Termini sudjelovanja pacijenata u grupama:		
Elektrokonvulzivno liječenje/transkranijska magnetna stimulacija:		
Termini sudjelovanja pacijenata u grupama:		
Boravak zbog detoksikacije:		
Smještajno:		
Datum(i) stupanja na snagu:		Zahtijevani datum isteka/obnove: