Polish

Mount Sinai

PLACÓWKA:

MSBIB ☐	MSBI ☐	MSH NY ☐	MS NYEEI ☐
MSH Qns ☐	MSSL ☐	MSRH ☐	REAP ☐
	HEAL RH ☐	HEAL SL ☐	

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ Z BUDŻETU SŁUŻBY ZDROWIA

Data wniosku: _____ Wniosek złożył: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____
Nazwisko Imię Inicjał

Adres: _____
Ulica Miasto Stan Kod pocztowy

Rodzaj wyświadczonej/żądanej usługi: ( ) Leczenie szpitalne ( ) Leczenie ambulatoryjne ( ) DTC ( ) Chirurgia ambulatoryjna ( ) ED ( ) Usługi specjalne/Skierowanie ambulatoryjne ( ) RTC/Dubin/MSBIMC Kompleksowe Centrum Leczenia Nowotworów Zachodnie MSBIMC Radiologia Onkologia ( ) Petrie/PACC/ Dywizja Roosevelta

Data(y) usług(i):

_____

Oświadczenie wnioskodawcy:

Niniejszym potwierdzam poprawność podanych wyżej informacji. Rozumiem, iż podane przeze mnie informacje zostaną zweryfikowane przez (**Mount Sinai Health System** lub upoważnionych przedstawicieli tej placówki) oraz mogą zostać przekazane do ponownego rozpatrzenia. Ponadto zobowiązuję się do podjęcia wszelkich niezbędnych kroków w celu złożenia odpowiednich wniosków o przyznanie dostępnej pomocy (Medicaid, Medicare, ubezpieczenia itp.), która może umożliwić spłatę kosztów leczenia w szpitalu. Podejmę wszelkie uzasadnione działania konieczne do otrzymania takiej pomocy oraz przekażę lub wpłacę uzyskaną kwotę na pokrycie kosztów leczenia w szpitalu. Rozumiem, że jeżeli którekolwiek z podanych przeze mnie informacji okażą się być nieprawdziwe, szpital może dokonać ponownej oceny mojej sytuacji finansowej oraz podjąć stosowne kroki wg własnego uznania. Rozumiem, że w trakcie rozpatrywania mojego wniosku płatności nie są wymagane i mogę nie brać pod uwagę otrzymywanych ze szpitala rachunków.

_____ _____
Podpis Data Imię i nazwisko drukiem

_____
Stosunek pokrewieństwa

ELIGIBILITY DETERMINATION (For Office Use Only)

Date Application Received: _____ Patient Number: _____

Family Income:

Current Monthly Income (wkly x 4.333)	Annual Income (based on current x 12)	Family Size

Income Verified: ( ) Yes ( ) No Type of Verification: ( ) Pay Stubs ( ) Other (specify below)

_____

Family Composition Verified: ( ) Yes ( ) No

( ) The applicant is approved for a Financial Assistance discount under level ____ or F/C allocation ____.

( ) OPD/DTC visits approved at Category ( ) of the schedules.

( ) The applicant's request for Financial Assistance has been denied for the following reason(s).

_____

Date of Determination: _____ Initiated By: _____
Print Name and Sign

Authorization period _____ Reviewed/Approved By: _____
Print Name and Sign

Exception to policy reason _____ Approved by _____

Applications must be filed within 240 days from the point of service. Applications must be completed within 30 days from the point of application. If this application is denied, please follow the appeal instructions attached hereto. Denials MUST be appealed with in 30 days of the adverse decision in accordance with Part 10 of the policy.

IF YOUR APPEAL IS UNSUCCESSFUL OR, IF YOU DO NOT AGREE WITH THE DECISION; YOU MAY CONTACT THE NYS DEPARTMENT OF HEALTH AT 1-800-804-5447