

Data(-y) usługi lub numer(-y)
rachunku*:

Wniosek o pomoc finansową

Wyłącznie do użytku biura
Inicjały FC:

Niniejszy formularz stanowi wniosek o przyznanie pomocy finansowej w wyżej wymienionych szpitalach. W celu usprawnienia procesu udzielania świadczeń w przypadku pozytywnego rozpatrzenia tego jednego wniosku pomoc finansowa będzie mogła zostać przyznana we wszystkich wymienionych szpitalach należących do Northern Light Health. Wypełniony wniosek będzie udostępniany pomiędzy tymi szpitalami wyłącznie w zakresie dozwolonym lub wymagany przez obowiązujące przepisy prawa.

PACJENT/WNIOSKODAWCA		INFORMACJE O ZATRUDNIENIU				BRAK ZATRUDNIENIA?		
IMIĘ I NAZWISKO		NAZWA PRACODAWCY:				OSTATNI DZIEŃ PRACY:		
SSN (NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO) (opcjonalnie):	DATA URODZENIA:	DATA ZATRUDNIENIA:						
		STANOWISKO:				PROSZĘ WYJAŚNIĆ:		
NR TEL. KOMÓRKOWEGO/DOMOWEGO:		NR TELEFONU						
ADRES:		ADRES:						
ADRES E-MAIL (opcjonalnie):		STAN CYWILNY (opcjonalnie):				(Do użytku biura) NR MR		
INFORMACJE O RODZINIE: na potrzeby ustalenia prawa do uzyskania pomocy charytatywnej „rodzina” obejmuje osoby spokrewnione, spowinowacone lub pozostające w stosunku przysposobienia, które prowadzą wspólne gospodarstwo domowe i wobec których istnieje prawny obowiązek wzajemnego utrzymania. Proszę wymienić członków rodziny mieszkających w gospodarstwie domowym wnioskodawcy		Relacja	DATA URODZENIA	Czy ta osoba również ubiega się o pomoc finansową? Tak/Nie	Roczny dochód	Nazwa aktualnego planu ubezpieczenia zdrowotnego	(Do użytku biura) NR MRN	

CZY KTÓRYKOLWIEK Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO SKŁADAŁ WNIOSEK O OBJĘCIE PROGRAMEM MAINECARE W CIĄGU OSTATNICH 3 MIESIĘCY? _____ JEŚLI TAK: NALEŻY ZAŁĄCZYĆ KOPIĘ PISMA Z DECYZJĄ	JEŚLI KTÓRYKOLWIEK Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO MA UBEZPIECZENIE, PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KOPIĘ KARTY (KART). PROSZĘ SPRAWDZIĆ, CZY UBEZPIECZENIE ZOSTAŁO ZAWARTE ZA POŚREDNICTWEM MARKETPLACE. Tak/Nie
--	---

* Rachunki będą kwalifikowały się do programu wyłącznie w przypadku, gdy data złożenia wniosku o pomoc finansową przypada nie później niż 240 dni od daty pierwszego zestawienia dla każdego z rozpatrywanych rachunków.

Miesięczny dochód gospodarstwa domowego brutto	Wnioskodawca	Współwnioskodawca
Wynagrodzenia i płace		
Przychód z najmu (z wyłączeniem rdzennych Amerykanów / rdzennych mieszkańców Alaski)		
Dochód z ubezpieczenia społecznego / dochód emerytalny		
Samozatrudnienie		
Służba wojskowa / emerytura		
Dochód z tytułu niezdolności do pracy (SSDI)		
Zasiłki dla bezrobotnych		
Alimenty (w przypadku rozwodu przed 01.01.2019 r.)		
TANF lub pomoc ogólna		
Stypendia (trenerzy, duchowni itp.)		
Oświadczenie o wsparciu finansowym od rodziny lub znajomych		
Inne dochody podlegające opodatkowaniu		
OGÓŁEM	USD	USD

PODPISY:			
PACJENT/WNIOSKODAWCA	DATA	WSPÓŁWNIOSKODAWCA	DATA

Instrukcje i arkusz wniosku o pomoc finansową

Dziękujemy za złożenie wniosku o pomoc finansową w Northern Light Health. Zanim podejmiemy decyzję, musimy uzyskać kilka niezbędnych informacji. Wniosek musi być kompletny i obejmować wszystkich członków gospodarstwa domowego. Należy również przedstawić **dokumenty potwierdzające dochody** wszystkich członków gospodarstwa domowego. Pacjentom zostanie udzielona pomoc w ubieganiu się o dostępne ubezpieczenie / MaineCare lub inne świadczenia od podmiotów zewnętrznych. Aby kwalifikować się do uzyskania pomocy, należy być mieszkańcem stanu Maine w rozumieniu przepisu 22 MRSA §1716-A; osoby niebędące mieszkańcami stanu będą brane pod uwagę wyłącznie w przypadku świadczeń udzielanych w trybie nagłym. **Aby dowiedzieć się, jakich dokumentów wymagamy, należy wypełnić poniższy arkusz.**

✓ INFORMACJE, KTÓRE DOTYCZĄ WSZYSTKICH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO
--

JEŚLI KTOKOLWIEK...

✓ RAMKA NALEŻY DOSTARCZYĆ KOPIE:

Otrzymuje wynagrodzenie od pracodawcy przed potrąceniami		Najnowsze odcinki wypłaty lub zestawienie wynagrodzenia z każdego miejsca pracy przedstawiające dochód brutto z ostatnich 13 tygodni lub ostatnich 12 miesięcy
Otrzymuje przychód z najmu (z wyłączeniem rdzennych Amerykanów / rdzennych mieszkańców Alaski)		Zestawienie zysków i strat za ostatnie 13 tygodni lub ostatnie 12 miesięcy
Jest samozatrudniony		Zestawienie zysków i strat za ostatnie 13 tygodni lub ostatnie 12 miesięcy
Jest osobą bezrobotną otrzymującą zasiłek dla bezrobotnych		Raport tygodniowych zgłoszeń przedstawiający dochód brutto z ostatnich 13 tygodni. Aby uzyskać pismo, należy zadzwonić pod numer 1-800-593-7660 lub odwiedzić stronę: https://www.maine.gov/labor/unemployment
Otrzymuje alimenty lub wojskowe świadczenia rodzinne		Alimenty w przypadku rozwodu przed 01.01.2019 r. — pismo z decyzją o świadczeniu lub zaświadczenie albo zestawienie z ostatnich 13 tygodni lub ostatnich 12 miesięcy wykazujące dochód brutto / otrzymane płatności
Otrzymuje krótkoterminowe/długoterminowe świadczenia z tytułu niezdolności do pracy		Pismo z decyzją o przyznaniu świadczenia lub zaświadczenie wykazujące dochód brutto z ostatnich 13 tygodni lub z ostatnich 12 miesięcy (pismo potwierdzające w przypadku oczekiwania na przyznanie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy)
Otrzymuje dochód z ubezpieczenia społecznego / dochód z tytułu niezdolności do pracy (SSI/SSDI)		Pismo z decyzją o przyznaniu świadczenia za bieżący rok. Kopię pisma z decyzją o przyznaniu świadczenia można uzyskać, dzwoniąc pod numer 1-877-405-1448 (obszar Bangor) lub 1-877-319-3076 (obszar Portland)
Otrzymuje dywidendy, odsetki, dochody z praw autorskich z majątków spadkowych lub funduszy powierniczych		Zestawienie z ostatnich 13 tygodni lub ostatnich 12 miesięcy wykazujące dochód brutto / otrzymane płatności
Jest na emeryturze i otrzymuje świadczenia emerytalne		Pismo z decyzją o świadczeniu lub zestawienie (w przypadku 401(k), IRA itp.) wykazujące dochód brutto z ostatnich 13 tygodni
Otrzymuje świadczenia TANF lub pomocy ogólnej		Pismo z decyzją z wydziału Department of Health and Human Services (Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej, DHHS)
Jest osobą niepracującą, ale otrzymującą wsparcie od znajomych lub rodziny		Należy przedstawić oświadczenie z opisem otrzymywanego wsparcia, podpisane przez osobę udzielającą wsparcia
Jest uczniem/studentem		Jeśli ktoś wykazuje wnioskodawcę jako osobę pozostającą na utrzymaniu w swoim zeznaniu podatkowym, możemy poprosić wnioskodawcę o informacje dotyczące poziomu wsparcia

* Należy przedstawić kopie wskazanych powyżej dokumentów potwierdzających dochody; oryginały nie będą zwracane.

Pacjentom zostanie udzielona pomoc w ubieganiu się o dostępne ubezpieczenie / MaineCare lub inne świadczenia od podmiotów zewnętrznych.

*** Należy skontaktować się z lokalnym wydziałem Department of Health and Human Services (Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej, DHHS) pod numerem telefonu:**

1-800-442-6003 lub odwiedzić stronę:

<https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

Uwaga: jeśli wnioskodawca złożył niedawno wniosek w DHHS, należy nas o tym poinformować oraz przekazać kopię pisma z decyzją po jego otrzymaniu.

** Jeśli DHHS odmówi przyznania świadczeń z powodu przekroczenia progu dochodowego, wnioskodawca nadal może kwalifikować się w ramach udziału własnego („spenddown”).*

- ❖ Wniosek musi być podpisany i opatrzony datą, co stanowi potwierdzenie prawdziwości i zgodności z rzeczywistością przekazanych informacji.
- ❖ W przypadku pytań dotyczących procesu składania wniosku należy zadzwonić pod numer telefonu podany na rachunku.
- ❖ Jeśli wnioskodawca nie dostarczy wymaganych informacji, wniosek zostanie rozpatrzony z opóźnieniem lub odrzucony.
- ❖ Należy pamiętać, że uznanie jakichkolwiek informacji za nieprawdziwe będzie skutkować odmową przyznania pomocy finansowej, a wnioskodawca poniesie odpowiedzialność finansową za koszty usług świadczonych przez szpital.
- ❖ Należy pamiętać, że świadome przekazywanie fałszywych informacji jest niezgodne z prawem.
- ❖ Adresy do wysyłki wniosków:

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Seabasticook Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

Oświadczenie o niedyskryminacji

Organizacja Northern Light Health i jej podmioty stowarzyszone (Northern Light Health) przestrzegają obowiązujących przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie wykluczają ani nie dyskryminują nikogo ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, pochodzenie etniczne, wiek, niepełnosprawność umysłową lub fizyczną, przynależność polityczną, wyznanie, kulturę, status społeczno-ekonomiczny, informacje genetyczne, status weterana, płeć, w tym cechy płciowe, cechy interpłciowe, ciążę lub stany z nią związane, orientację seksualną, płeć społeczną, tożsamość lub ekspresję płciową ani język. Organizacja Northern Light Health zapewnia bezpłatne usługi mające na celu ułatwienie skutecznej komunikacji:

- Wykwalifikowani tłumacze ustni
- Wykwalifikowani tłumacze języka migowego
- Informacje pisemne dostępne w innych językach
- Informacje pisemne dostępne w innych formatach (duże czcionki, formaty audio, formaty elektroniczne dostępne dla osób niepełnosprawnych, inne formaty)

Jeśli wnioskodawca uważa, że organizacja Northern Light Health lub którykolwiek z jej podmiotów stowarzyszonych nie zapewnił tych usług lub dopuścił się jakiejkolwiek formy dyskryminacji albo jeśli wnioskodawca ma jakiegokolwiek pytania lub potrzebuje pomocy w złożeniu skargi dotyczącej praw obywatelskich, prawa do postępowania zgodnie z sumieniem lub wolności wyznania albo prywatności danych medycznych, wnioskodawca może skontaktować się z organizacją Northern Light Health lub biurem Federal Office of Civil Rights (Federalne Biuro Praw Obywatelskich, OCR):

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, TTY-711 (Maine Relay) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Centralized Case Management Operations U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
--	---

Oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Prosimy o podanie swojego języka ojczystego, a my zapewnimy tłumacza, który będzie świadczył pomoc w zakresie opieki.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-986-6341 (TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, អ្នកនឹងទទួលបានសេវាបំប្លែងភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទ ១-៨៨៨-៩៨៦-៦៣៤១ (TTY: ៧១១)។

អ្នក ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-986-6341 (TTY: 711)។

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

З в о н и т е 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

Arabic: (والبكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 6341-986-888-1

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986- 6341 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ถ้าว

คุณพูดภาษาไทยคุณ สามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam në Thuonjaŋ, ke kuony yenë kɔc waar thook ato ʔuka lëu yök abac ke cîn wënh cuatë piny. Yuopë 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).