

Хвала вам што сте контактирали University of Utah Одјелење за наплату здравствених услуга да бисте разговарали о Вашем рачуни и распитали се о финансијској помоћи.

Да бисмо могли даље да наставимо, молимо Вас да пошаљете сљедећа документа на адресу која се налази на дну ове странице:

- Попуњен Захтјев за финансијску помоћ (приложен)
- Писмо у којем ћете објаснити Ваш тренутни финансијски статус
- Копију тромјесечног извода из банке
- Попуњену копију прошлогодишњег обрасца за Федерални порез на доходак укључујући и W-2s
- Копије платног листића и/или других прихода за задња два периода плаћања

Нисте обавезни да објавите неке или све од ових докумената. Међитим, без ових информација, University of Utah Health не може да утврди да ли се квалификујте за финансијску помоћ и неће бити у могућности да прилагоди Ваш валанс дуговања или да спречи да Ваш рачун буде послан Агенцији за наплату дугова.

Документ мора бити примљен у року од 30 дана од датума овог писма. Ако документ не буде примљен до тог времена наставићемо са активностима наплате дугова. Уколико нисте у могућности да прибавите један или више од ових докумената, молимо Вас да у писму образложите околности које спречавају њихово достављање.

Једном када се документација достави, биће размотрено да ли сте квалификовани за пуну или дјеломичну финансијску помоћ. У року од 30 дана од дана пријема Вашег захтјева бићете обавјештени о исходу разматрања. Уколико имате било каквих додатних питања молим Вас контактирајте представника Службе за кориснике на један од доле наведених бројева.

С поштовањем,

Представник за наплату рачуна
University of Utah Health
801-587 - 6303 (позив унутар државе Utah)
800-862 - 4937 (позив ван државе)

ЗАХТЈЕВ ЗА ФИНАНСИЈСКУ ПОМОЋ

| | | |
|---------------|--------------|-------------|
| Име пацијента | Датум рођења | Број Рачун: |
| | | |

Име одговорне странке _____ Датум рођења _____ Број социјалног осигурања _____

Сродство са пацијентом _____ Кућни телефон _____ Мобилни телефон _____

Име послодавца _____ Телефон на послу _____

Име супружника _____ Датум рођења супружника _____ Број социјалног осигурања _____

Кућни телефон супружника _____ Мобилни телефон супружника _____ Име послодавца супружника _____

Молим Вас наведите адресе на којима сте живели у претходних 12 мјесеци:

| Адреса | Град | Држава | Поштански број | Од (мјесец/година) | До (мјесец/година) |
|--------|------|--------|----------------|--------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Да ли супружник живи на истој адреси као и одговорна страна (заокружите једно)? Да Не

Величина домаћинства

Ми користимо сличне параметре као IRS ради утврђивања броја чланова домаћинства.

| | |
|------------------------------------|--|
| Свеукупан број чланова домаћинства | |
|------------------------------------|--|

Молимо заокружите Да или Не

| Име издржаване особе | Датум рођења | Сродство | Живи са одговорном страном дуже од пола године | Одговорна страна обезбеђује више од половине укупне подршке за ту особу | Амерички држављанин, Америчка националност, Амерички резидент, Резидент Канаде или Мексика? | Да ли је одговорна страна једино лице које ову особу издржава за порезне сврхе? |
|----------------------|--------------|----------|--|---|---|---|
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |

| | | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|-------|-------|
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |
| | | | Да Не | Да Не | Да Не | Да Не |

ПРИХОД

| Врста прихода | Износ одговорне стране | Износ супружника | Неопходна верификација |
|---|------------------------|------------------|---|
| Приходи запосленог - Бруто | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> Копија тромесечног извода из банке <input type="checkbox"/> Попуњену копију прошлогодишњег обрасца за Федерални порез на доходак укључујући и W-2s <input type="checkbox"/> Копије платног листића и/или других прихода за задња два периода плаћања |
| Приходи самозапосленог – Бруто | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> Копија тромесечног извода из банке <input type="checkbox"/> Попуњену копију прошлогодишњег обрасца за Федерални порез на доходак укључујући и W-2s <input type="checkbox"/> Извештај о профиту и губитцима |
| Пензија, IRA, 401K, Приход социјалног осигурања | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> Доставите Вашу пензију/Изјаву о пензионисаности, и/или Писмо о примањима социјалног осигурања |
| Примања за незапосленост, Инвалидности, итд. . | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> Доставите писмо о незапослености или инвалидитету <input type="checkbox"/> Копија тромесечног извода из банке |
| Дјечији додатак, Алиментација | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> Копија тромесечног извода из банке |
| Остало (Молимо наведите изворе): | \$ | \$ | <input type="checkbox"/> Доставите копију тромјесечног извода из банке са образложењем извора ваших прихода |

Имобина

| Врста | Финансијска институција(е) | Укупно стање |
|----------------------|----------------------------|--------------|
| Готовина | | \$ |
| Штедни рачун(и) | | \$ |
| Текићи рачун(и) | | \$ |
| Акције или обвезнице | | \$ |
| Друго : | | \$ |

ЛИСТА СВИХ НЕПЛАЋЕНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАЧУНА

| Рачун # | Име пружаоца услуге | Оригинално стање | Садашње стање | Мјесечна рата |
|---------|---------------------|------------------|---------------|---------------|
| | | \$ | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ | \$ |

ЛИСТА СВИХ ДУГОВА КОЈЕ ИМАТЕ

| Зајмодавац, врста дуга (кредитна картица, лични зајмови) | Мјесечна рата | Садашње стање |
|--|---------------|---------------|
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |

Тражимо од свих пацијената који подносе захјев за финансијску помоћ да покушају друге начине финансирања.

Молимо одаберите Да или Не.

Да ли ваш послодавац или суприжников послодавац омогућава групно здравствено осигурање?

Да ли имате друге врсте осигурања као што су Allstate, AFLAC, итд.?

Да ли имате здравствену уштеђевину / Flex Spending Account?

Да ли ваш послодавац надокнађује трошкове које осигурање не покрива или трошкове здравствене заштите?

Да ли сте одбијени за Medicaid?

Да ли сте поднјели захјев за програм државне помоћи?

Да ли сте кандидат за COBRA преко претходног послодавца?

Да ли примате помоћ од породице или цркве?

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |
| <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Не |

Ако да, наведите име осигуравајуће компаније: _____

Ако да, наведите име осигуравајуће компаније: _____

Ако да, молим вас приложите копију одбијенице за Medicaid.

Примјери: CHIP, PCN, Жртве злочина, итд.

* Ако породица или пријатељи обезбеђују помоћ, требаће нам писмо објашњења како помажу.

Молимо Вас да нам испод објасните вашу финансијску ситуацију. Укљичите све што треба да знамо како бисмо разумели вашу ситуацију и немогућност да платите ваше медицинске дугове које имате спрам нас. Можете приложити посебан лист ако Вам треба још простора.

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЈЕВА

Овим потврђујем, и био бих вољан да сведочим под заклетвом, да су информације садржане у овом обрасцу истините и комплетне по мом знању. . Такође разумем да извјештај кредитног бироа може бити затражен ради провјере средстава.

Потпис (Одговорна страна)

Датум

Потпис (Супружника)

Датум

МОЛИМО ПОШАЉИТЕ СВУ КОРЕСПОДЕНЦИЈУ НА:

University of Utah Health
Billing Office
PO Box 841482
Los Angeles, CA 90084-1482
Емајл: billing@healthcare.utah.edu
Број телефакса : 801.213.3385

Закон о заштити приватности : University of Utah Health у тајности држи податке о вашем броју социјалног осигурања искључиво за рутинске употребе, као што је упоређивање докумената, верификација Вашег идентитета, праћења Ваше медицинске историје, алергије на лекове и већ постојећа медицинска стања, икупног дуга, обезбеђење ових података платиоцима као што су Ваша осигуравајућа компанија, Medicaid, Medicare, или индустријска провизија. Објављивање Вашег броја социјалног осигурања је добровољно али, неопходно ради утврђивања Ваше способности за попусте и продужетак Вашег кредита. Ако Ваш послодавац користи Ваш број социјалног осигурања за идентификацију, неоткривање Вашег броја социјалног осигурања може резултирати у одлагању или одбијању услуга покривених планом, те може довести до наплате тих услуга. Ваш број социјалног осигурања ће бити коришћен, уз ваш пристанак за ове сврхе.

University of Utah Health се придржава примењивих Савезних закона о грађанским правима и не дискриминише на основу расе, боје, националне припадности, година, инвалидности, или пола.