



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

KËRKESË KONFIDENCIALE PËR NDIHMË FINANCIARE

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

Personale & Konfidenciale

Garantuesi:

Numri i çështjes

Pacientët e përfshirë në çështjen:

Faleminderit që zgjodhët Trinity Health Michigan si ofruesin tuaj të kujdesit shëndetësor. Ju lutemi plotësoni aplikimin e bashkangjitur dhe dërgojeni në adresën e mëposhtme për të përfunduar vlerësimin e ndihmës suaj financiare.

Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi kontaktoni Qendrën e Shërbimit të Klientit në 800-494-5797, nga e hëna në të premte nga ora 9:00 e mëngjesit deri në 5:00 pasdite me orën lindore.

Me respekt,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Në emër të Trinity Health Michigan

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

KËRKESË KONFIDENCIALE PËR NDIHMË FINANCIARE

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

Ju lutemi plotësoni dhe nënshkruani formularin e aplikimit dhe kthejeni brenda 10 ditëve duke përfshirë kopjet e mëposhtme:

Verifikimet e kërkuara

- Dëshmi e të ardhurave bruto të muajit të kaluar
- Pasqyra të plota bankare të dy muajve të fundit për të gjitha llogaritë bankare, me të gjitha faqet e përfshira (shpjegim për depozitat e përsëritura)
- Deklaratat e fundit tatimore (formulari 1040 me planin C, E ose F) ose Deklaratat tre mujore të fitimit dhe humbjes (për të vetëpunësuarit/vartësit)

Siguroni sa vijon, nëse është e aplikueshme

- W2 e fundit për të ardhurat sezonale
- Letër e Përfitimit/Mohimit të Papunësisë
- Të ardhurat për mbështetjen e fëmijës/Bashkëshortore
- Pa të ardhura – Pjesa e aplikimit "Letër e plotë e mbështetjes financiare"

Informacioni i pacientit

Emri i pacientit		Datëlindja	
Numri i sigurimeve shoqërore/EIN (opsionale)	Celular	Telefon tjetër	
Adresa postare	Qyteti	Shteti	Kodi postar
Adresa e emailit	Në cilin shtet jeni banor?		
Gjendja civile <input type="checkbox"/> Beqar/e <input type="checkbox"/> Martuar <input type="checkbox"/> Divorcuar <input type="checkbox"/> Tjetër _____			
A bëni një deklaratë tatimore federale? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo Nëse jo, pse?		A mund të pretendoheni si i varur nga deklarata tatimore e dikujt tjetër? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
A keni pasur ju ose vartësit tuaj mbulim të sigurimit shëndetësor në kohën e shërbimit? [<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo (Jepni kopjen e kartës së sigurimit)			
A jeni banor i dokumentuar i Shteteve të Bashkuara? (opsionale) <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Preferoj të mos përgjigjem			

KËRKESË KONFIDENCIALE PËR NDIHMË FINANCIARE

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

Anëtarët e familjes, duke përfshirë veten tuaj bazuar në deklaratat tuaja tatimore të fundit	Datëlindja	Marrëdhënia me pacientin	Kërkuar në deklaratën tatimore (Po/Jo)

Verifikimi i të ardhurave për të gjithë anëtarët e familjes

Burimi i të ardhurave mujore	Kush e merr këtë?	Të ardhurat mujore bruto (para taksave)	Burimi i të ardhurave mujore	Kush e merr këtë?	Të ardhurat mujore bruto (para taksave)
Pagat			Kompensimi i punëtorëve		
Sigurimet Shoqërore/Invaliditeti			Papunësia		
Pensioni			Mbështetja e fëmijës/		
Vetëpunësimi			Të ardhura nga toka me qira		
Ndihma Publike			Të tjera		

Letra e mbështetjes financiare - Duhet të plotësohet vetëm nga personi që ofron mbështetje

- Unë siguroj më shumë se 50% mbështetje për shpenzimet e jetesës së pacientit, por nuk jam në gjendje të ndihmoj me faturat mjekësore.
- Me nënshkrimin e kësaj letre, verifikoj që deklarata e mësipërme është e saktë dhe se në asnjë mënyrë nuk do të mbaj përgjegjësi për faturat e pacientit. Nëse keni pyetje, ju lutem më kontaktoni në _____ (Numri i telefonit)

Emri i personit që siguron mbështetje	Marrëdhënia me pacientin
Nënshkrimi i personit që siguron mbështetje	Data



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

KËRKESË KONFIDENCIALE PËR NDIHMË FINANCIARE

Për shërbimet spitalore dhe profesionale të ofruara nga godinat dhe mjekët e Trinity Health

VERIFIKIMI I TË ARDHURAVE DHE IDENTIFIKIMI [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

Vërtetoj se informacioni i listuar në këtë aplikim është i vërtetë dhe i plotë për aq sa di unë. Unë e kuptoj që informacioni i dhënë i nënshtrohet verifikimit. Unë do të jem përgjegjës për shlyerjen e çdo shërbimi të ofruar në filialet e Trinity Health nëse informacioni i mësipërm jepet nën pretendime të rreme

Nënshkrimi i pacientit : _____ Data : _____

Ose nënshkrimi i kujdestarit ligjor (nëse aplikohet): _____ Data : _____

Marrëdhënia me pacientin : _____ Data _____

Ju lutemi dërgoni aplikimin tuaj me postë në adresën e mësipërme, faksoni në 312-871-3350 dhe ose ngarkoni dokumente përmes MyChart (Portali i Pacientëve) -<https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Nëse keni ndonjë pyetje, ju lutemi kontaktoni Qendrën e Shërbimit të Klientit në 800-494-5797 nga e hëna deri të premtën, nga 9 e mëngjesit deri në 5 pasdite me orën lindore.