

2. Poręczyciel pacjenta (jeżeli dotyczy, może być to małżonek pacjenta, partner lub rodzic małoletniego) Patient Guarantor (if applicable, may be patient's spouse, partner or the parent or guardian of a minor)

Nazwisko/Last _____ Imię/First _____ Drugie imię/Middle _____
Adres/Address _____ Numer apartamentu/Apt _____ Number _____
Miasto/City _____ Powiat/County _____ Stan/State _____ Kod pocztowy/Zip Code _____
Domowy numer telefonu/Home Telephone Number _____ - _____ - _____ Numer telefonu do pracy /Work Number _____
Numer komórki/Cell Number _____

3. INFORMACJE O RODZINIE/FAMILY/HOUSEHOLD INFORMATION

Ilość osób w rodzinie/ w gospodarstwie domowym pacjenta. /Please provide the number of persons in patient's family/household? _____

Ilość osób na utrzymaniu pacjenta./ Please provide the number of persons who are dependents of patient? _____

Do poniższych rubryk, proszę wpisać wiek osób, które są na utrzymaniu pacjenta. /Please provide the age of each of patient's dependents in the table below:

| Osoba na utrzymaniu/ Dependent | Wiek/Age |
|-----------------------------------|----------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |

4. INFORMACJE O DOCHODACH I ZATRUDNIENIU W RODZINIE./ FAMILY INCOME AND EMPLOYMENT INFORMATION

Czy pacjent lub małżonek pacjenta jest obecnie zatrudniony? Is patient or patient's spouse or partner currently employed? _____ Tak/Yes _____ Nie/No

Jeżeli Tak, to proszę dostarczyć następujące informacje o wszystkich zatrudnionych: If Yes, provide the following information for all employers:

| Pracodawca/ Employer Name | Adres/Address (Ulica,miasto,stan,kod pocztowy/Street Address, City, State Zip Code) | Numer telefonu/Telephone |
|---------------------------|--|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Jeżeli pacjent jest małoletni, czy rodzice bądź opiekunowie są obecnie zatrudnieni? If patient is a minor, are patient's parents or guardians currently employed? _____ Tak/Yes _____ Nie/No

Jeżeli Tak, to proszę dostarczyć następujące informacje o wszystkich zatrudnionych: If Yes, provide the following information for all employers:

| Pracodawca /Employer Name | Adres/Address (Ulica,miasto,stan,kod pocztowy/Street Address, City, State ZipCode) | Numer telefonu /Telephone |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Jeżeli pacjent jest rozwiedzony, w separacji lub w trakcie rozpadu, czy pacjenta były małżonek lub partner jest finansowo odpowiedzialny za opiekę medyczną na podstawie aktu separacji lub rozpadu? If patient is divorced or separated or was a party to dissolution proceeding, is patient's former spouse or partner financially responsible for patient's medical care per the dissolution or separation agreement? _____ Tak/Yes _____ Nie/No

Ile wynosi Pana/Pani miesięczny dochód brutto? (włączywszy przypadki kiedy małżonek lub partner jest poręczycielem pacjenta lub kiedy rodzic lub opiekun jest poręczycielem małoletniego pacjenta)/What is your gross monthly family income (including cases in which a spouse or partner is a guarantor for patient or in which a parent or guardian is a guarantor for a minor patient)? \$ _____

Źródła miesięcznych zarobków brutto w rodzinie (proszę zaznaczyć wszystkie)/Sources of gross monthly family income (check all that apply):

____ Wynagrodzenie/Wages

____ Samozatrudnienie/Self Employment

____ Zasiłek dla bezrobotnych/Unemployment Compensation

____ Emerytura/Social Security

____ Renta/Social Security Disability

____ Emerytura weterana/Veteran's Pension

____ Renta weterana/Veteran's Disability

____ Prywatna renta/Private Disability

____ Odszkodowanie pracownicze/Workers' Compensation

____ Tymczasowa pomoc dla biednych rodzin/Temporary Assistance for Needy Families(TANF)

____ Dochody emerytalne/Retirement Income

____ Alimenty dla dziecka lub współmałżonka lub inne wsparcia współmałżonka /Child Support, Alimony or other Spousal Support

____ Inne dochody/Other Income

5. UBEZPIECZENIA/INFORMACJE O ZAPOMOGACH/INSURANCE/BENEFIT INFORMATION

Czy Pan/Pani lub Pana/ Pani współmałżonek ma dostęp do jakiegokolwiek ubezpieczenia medycznego? Do you or your spouse have access to any type of health insurance coverage? _____ Tak/Yes _____ Nie/No

Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć wszystkie dostępne/If yes please provide the source (check all that apply):

- _____ Health Insurance/Ubezpieczenie medyczne
- _____ Medicare
- _____ Medicare Part D/Medicare część D
- _____ Medicare Supplement/Suplement do Medicare
- _____ Medicaid
- _____ Veterans' benefit/Zapomoga weterana

6. MIESIĘCZNE WYDATKI/MONTHLY EXPENSES

Uwaga, jeżeli pacjent osiągnie te ewentualne kryteria kwalifikacji jakie zostały podane w tym wniosku lub się warunkowo kwalifikuje na podstawie dochodu rodzinnego; nie jest wymagane wypełnienie poniżej części tego wniosku, odnośnie miesięcznych wydatków. Note that if patient meets the presumptive eligibility criteria, as set forth in that application, or is otherwise presumptively eligible by virtue of the patient's family income, the patient is not required to complete the portion of this application addressing the monthly expense information.

| Zamieszkanie /Housing | Oplaty za świadczenia/Utilities | Wyżywienie /Food | Transport /Transportation | Opieka nad dziećmi/Child Care | Pożyczki /Loans | Wydatki medyczne/Medical Expenses | Inne wydatki/Other Expenses | Ogółem /Total |
|-----------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|
| \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | | \$ |

**Oświadczenie pacjenta
Patient Certification**

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne. Oświadczam, że złożę aplikację do jakiegokolwiek programu stanowego, federalnego lub lokalnego do którego mogę się kwalifikować, aby uzyskać pomoc w zapłacie za ten rachunek szpitalny. Przyjmuję do wiadomości, że dostarczone informacje mogą być zweryfikowane przez szpital oraz udzielam zgody szpitalowi do skontaktowania się z osobami trzecimi aby zweryfikować zgodność informacji zamieszczonych w tym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli świadomie dostarczyłem/-łam nieprawdziwych informacji do tego wniosku, nie uzyskam pomocy finansowej, a jakakolwiek pomoc finansowa, która została mi przyznana zostanie odebrana oraz będę finansowo odpowiedzialny za rachunki szpitalne.

Skargi i zażalenia odnośnie złożenia aplikacji o zniżkę lub o szpitalną pomoc finansową od pacjentów nieposiadających ubezpieczenia mogą być zgłaszane do Biura Opieki Zdrowotnej Prokuratora Generalnego stanu Illinois przez łącze internetowe <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> lub telefonicznie 1-877-305-5145

Podpis pacjenta lub osoby składającej wniosek Signature of Patient or Applicant

Data/Date