



Utrzymanie i wyżywienie. Pomoc finansowa

Ośrodki Zdrowia Cook County Health pomagają całej społeczności i pacjentom zapewniając w razie potrzeby dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. **Opiekujemy się wszystkimi pacjentami bez względu na pochodzenie etniczne czy status imigracyjny.** Aby uzyskać pomoc, wypełnij poniższe informacje

Data: _____

Informuję, że jestem _____ Pana/Pani _____.

Pan/Pani otrzymuje pomoc ode mnie od: _____.(podać datę) Ja
zapewniam _____.

Mimo, że zapewniam powyższe usługi/rzeczy nie jestem ani nigdy nie byłem/am w stanie pomóc finansowo w wydatkach na leczenie. Również nie ponoszę odpowiedzialności za te wydatki.

Imię i nazwisko pacjenta

Podpis osoby utrzymującej/pomagającej finansowo

Adres: ulica

Miasto, stan, kod pocztowy

Numer telefonu