

2525 S Michigan Ave.  
Chicago, IL 60616-2477

## Wniosek o Pomoc Finansową

IMIĘ PACJENTA:	<b>Szpital i Centrum Medyczne Insight, Chicago</b> 2525 S Michigan Ave. Chicago, IL 60616-2477 TELEFON: 312-567-2372 FAKS: 312-567-7904
PACJENT #:	
KARTA PACJENTA #:	

### I. STRONA UBIELAJĄCA SIĘ O POMOC

IMIĘ	NAZWISKO	MI	STAN CYWILNY	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	
ADRES ZAMIESZKANIA					
MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY	JAK DŁUGO MIESZKASZ NA TYM ADRESIE?	TELEFON DOMOWY	TELEFON KOMÓRKOWY
NAZWA I ADRES PRACODAWCY			TELEFON SŁUŻBOWY	DŁUGOŚĆ ZATRUDNIENIA	
STANOWISKO/TYTUŁ			MIESIĘCZNY DOCHÓD	OKRES WYPŁATY	

### II. WSPÓŁMAŁŻONEK

IMIĘ	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	
NAZWA I ADRES PRACODAWCY	TELEFON SŁUŻBOWY	DŁUGOŚĆ ZATRUDNIENIA
STANOWISKO/TYTUŁ	MIESIĘCZNY DOCHÓD	OKRES WYPŁATY

### III. INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM (WSZYSTKIE OSOBY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM)

IMIĘ	DATA URODZENIA	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	POKREWIEŃSTWO

**SUMA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:**

**IV. POZOSTAŁE MIESIĘCZNE DOCHODY**

DYWIDENDY, ODSETKI	\$	EMERYTURY	\$
POMOC PUBLICZNA/KARTKI ŻYWNOŚCIOWE	\$	DOCHÓD Z INWESTYCJI/WYNAJMU	\$
OPIEKA SPOŁECZNA	\$	DOTACJE	\$
ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH/ODSZKODOWANIE DLA PRACOWNIKÓW	\$	INNE	\$
ALIMENTY	\$		
<b>SUMA POZOSTAŁYCH MIESIĘCZNYCH DOCHODÓW:</b>	<b>\$</b>		

**V. MIESIĘCZNE WYDATKI**

WYNAJEM/HIPOTEKA	\$	ŻYWNOŚĆ	\$
UBEZPIECZENIE WŁAŚCICIELA DOMU	\$	ODZIEŻ	\$
PODATEK OD NIERUCHOMOŚCI	\$	OPŁATY ZA SAMOCHÓD	\$
PRĄD	\$	UBEZPIECZENIE SAMOCHODU	\$
WODA	\$	PALIWO	\$
TELEFON/TELEFON KOMÓRKOWY	\$	ALIMENTY	\$
POŻYCZKI	\$	KARTY KREDYTOWE	\$
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	\$	LEKARSTWA	\$
UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE	\$	INNE (Określ)	\$
<b>SUMA MIESIĘCZNYCH WYDATKÓW:</b>	<b>\$</b>		

**VI. MIESIĘCZNE WYDATKI**

MIESIĘCZNY DOCHÓD STRONY ODPOWIEDZIALNEJ		\$
MIESIĘCZNY DOCHÓD WSPÓŁMAŁŻONKA (jeśli dotyczy)	+	\$
SUMA POZOSTAŁYCH DOCHODÓW MIESIĘCZNYCH	+	\$
SUMA MIESIĘCZNYCH WYDATKÓW	-	\$
<b>SUMA MIESIĘCZNYCH WYDATKÓW:</b>		<b>\$</b>

**VII. AKTYWA****NIERUCHOMOŚCI/POJAZDY/REKREACJA (Wartość Kapitałowa)**

RACHUNKI BIEŻĄCE	\$	NIERUCHOMOŚCI	\$
KONTA OSZCZĘDNOŚCIOWE	\$	SAMOCHODY KEMPINGOWE	\$
INWESTYCJE/INDYWIDUALNE KONTA EMERYTALNE	\$	ŁODZIE/PRZYCZEPY	\$
CERTYFIKATY DEPOZYTOWE	\$	SAMOCHODY OSOBOWE	\$
<b>AKTYWA OGÓŁEM</b>	<b>\$</b>		

Jeśli nie możesz dostarczyć żądanych dokumentów, prosimy o wyjaśnienie tego poniżej. W razie potrzeby skorzystaj z dodatkowych stron.

Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą.

Rozumiem, że mogę zostać poproszony o udowodnienie jakichkolwiek oświadczeń i moje oświadczenia dotyczące kwalifikowalności będą podlegać weryfikacji poprzez kontakt z moim pracodawcą oraz zdolność kredytową banku. Ponadto upoważniam i instruuję każdą osobę lub agencję raportowania konsumenckiego do dostarczenia Szpitalowi i Centrum Medycznemu Insight w Chicago wszelkich informacji, które mogą posiadać lub uzyskać w odpowiedzi na takie zapytania finansowe.

Rozumiem, że Szpital i Centrum Medyczne Insight w Chicago jest prawnie zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, których udzielam.

Ponadto zgadzam się, że w zamian za otrzymanie usług opieki zdrowotnej wynikających z jakiegokolwiek wypadku lub urazu, zobowiązuję się do zwrotu kosztów szpitalowi z dochodów z procesu sądowego lub ugody wynikającej z takiego zdarzenia.

---

Podpis Strony Ubiegającej Się o Pomoc

---

Data

Prosimy o przesłanie wniosku i wszystkich wymaganych dokumentów uzupełniających w ciągu sześćdziesięciu (60) dni roboczych.

**\*\*\* NIEKOMPLETNE WNIOSKI MOGĄ NIE ZOSTAĆ ROZPATRZONE \*\*\***

Wyślij do: Szpital i Centrum Medyczne Insight w  
Chicago  
Uwaga: Biuro Doradztwa Finansowego  
2525 S. Michigan Ave  
Chicago, IL 60616-2477

Jeśli masz pytania lub potrzebujesz pomocy przy wypełnieniu wniosku, skontaktuj się z Działem Obsługi Finansowej Pacjenta, aby porozmawiać z doradcą finansowym pod numerem telefonu podanym poniżej.

Dział Obsługi Finansowej Pacjenta: 312-567-2372