

Prijava za finansijsku pomoć				
Odaberite lokaciju za usluge (odaberite sve što je primjenjivo)				
<input type="checkbox"/> Central Vermont Medical Center		<input type="checkbox"/> Porter Medical Center		<input type="checkbox"/> UVM Medical Center
Informacije o glavi domaćinstva/finansijskom jamcu				
Glava domaćinstva	Datum rođenja	Br. socijalnog osiguranja	Bračni status	Broj telefona
Adresa		Grad	Država	Poštanski broj
Članovi domaćinstva				
Navedite sve članove porodice koji žive u vašem domaćinstvu uključujući životnog partnera. Životni partner je osoba koja živi s vama u emotivnoj/intimnoj vezi.				
Ime i prezime	Datum rođenja	Br. socijalnog osiguranja	Odnos	
Dodatne informacije				
Imate li bilo kakvu policu zdravstvenog osiguranja? Ako je odgovor da, navedite informacije u nastavku:			<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Naziv osiguravajuće kuće:		ID br.:		
Jeste li se prijavili za pokriće troškova zdravstvenog osiguranja prema programu Medicaid u Vermontu ili New Yorku?			<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Jeste li se prijavili za pokriće troškova zdravstvenog osiguranja na web-stranici Health Exchange u Vermontu ili New Yorku?			<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li živite, radite ili studirate u Vermontu?			<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Mjesečni troškovi				
Ove informacije koristimo kako bismo bolje razumjeli vašu finansijsku situaciju				
Stanarina ili hipoteka	\$:	Lijekovi	\$:	
Porez na imovinu	\$:	Zdravstveno osiguranje	\$:	
Komunalije (voda/struja)	\$:	Računi za zdravstvenu zaštitu	\$:	
Automobil (plaćanje kredita za automobil)	\$:	Osiguranje (automobil/imovina)	\$:	
Briga o djeci	\$:	Alimentacija/izdržavanje djeteta	\$:	
Životni troškovi (hrana/gorivo)	\$:	Drugo	\$:	
Priložite dodatnu stranicu ako postoje dodatne informacije o trenutnoj finansijskoj situaciji, a koje želite da nam stavite do znanja. Npr. poteškoće pri plaćanju računa, stanarine ili hrane.				
Zaposlenje				
Poslodavac ili zaokružiti ako je: (penzioner/učenik/nezaposlen)		Glava domaćinstva/finansijski jamac	Supružnik/životni partner	
		\$:	\$:	
Mjesečni prihod				
Bruto plata	\$:	\$:		
Prihod od samozaposlenosti	\$:	\$:		
Socijalno osiguranje	\$:	\$:		
Penzija/isplata iz penzionog fonda	\$:	\$:		
Invalidnina (isključujući naknadu za ratne vojne invalide [Veteran Affairs, VA])	\$:	\$:		
Nezaposlenost	\$:	\$:		
Prihod od iznajmljivanja	\$:	\$:		
Prihod od dividendi	\$:	\$:		
Drugi prihodi:	\$:	\$:		

Nastavite prijavu na poledini

Imovina		
Gotovina/štednja/ulaganja		
	Glava domaćinstva/finansijski jamac	Supružnik/životni partner
Tekući račun	\$:	\$:
Štednja	\$:	\$:
Potvrda o depozitu (Certificate of Deposit, CD)	\$:	\$:
Dionice/zajednički fondovi	\$:	\$:
Obveznice	\$:	\$:
Anuiteti	\$:	\$:
Tržište novca	\$:	\$:
Račun na uzajamnom fondu	\$:	\$:
Drugo:	\$:	\$:
Dodatna imovina (Ne uključuje primarno boravište)		
	Vrijednost	Stanje hipoteke
Vikendica	\$:	\$:
Zemljište	\$:	\$:
Imovina za iznajmljivanje	\$:	\$:
Potrebna dokumentacija (potrebna za obradu prijave)		
<b>Potrebna dokumentacija o prihodu ako je primjenjivo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Najnovija prijava saveznog poreza</li> <li>Izvještaj o dobiti i gubitku</li> <li>Dvije posljednje platne liste</li> <li>Pismo provjere socijalnih beneficija</li> <li>Pisana potvrda zarade od poslodavca</li> </ul>	<b>Potrebna dokumentacija o imovini ako je primjenjivo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bankovni izvodi</li> <li>Izvodi investicionih računa</li> <li>Izvodi obveznica</li> <li>Porez na sekundarnu imovinu</li> <li>Izvod iz hipoteke na sekundarnu imovinu</li> </ul>	
Pročitajte pažljivo		
<p>Tražim finansijsku pomoć od partnera u Vermontu iz zdravstvene mreže The University of Vermont Health Network. Potvrđujem da su sve navedene informacije tačne i potpune. Zdravstvena mreža The University of Vermont Health Network ima moju dozvolu da provjeri relevantne informacije i razmijeni informacije u vezi s mojim računima, prijavama i popratnom dokumentacijom s pridruženim pružiocima usluga. Sve netačne, nepotpune ili lažne informacije mogu dovesti do odbacivanja moje prijave za finansijsku pomoć. Slažem se da vratim puni iznos finansijske pomoći ako dobijem bilo kakvu uplatu za medicinske usluge pokrivenne ovom prijavom za finansijsku pomoć. Zdravstvena mreža The University of Vermont Health Network je ovlaštena da dobije uvid u dokumente i izvještaje kreditne agencije, sada i ubuduće, i to u svrhu naplate. Ovo odobrenje se daje u skladu sa Statutima Vermonta, poglavlje 9, odjeljak 2480e. Sve navedene informacije ostaju povjerljive u skladu s odredbama saveznih propisa Zakona o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).</p>		
Potpis glave domaćinstva/finansijskog jamca		Datum

Komentari/dodatne informacije koje želite podijeliti...

Pošaljite poštom svoju popunjenu prijavu poštom partneru zdravstvene mreže UVMHN gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu. Vodite računa o tome da priložite potrebnu dokumentaciju u prijavi.

Central Vermont Medical Center  
 Financial Assistance Program  
 PO Box 547  
 Barre, VT 05641  
 Faks: 802-371-5339

Porter Medical Center  
 Patient Financial Services Dept  
 115 Porter Drive  
 Middlebury, VT 05753  
 Faks: 802-355-5696

University of Vermont Medical Center  
 Financial Assistance Program  
 Patient Access Department IDX 22052  
 111 Colchester Avenue  
 Burlington, VT 05401  
 Faks: 802-847-7618