

**POUFNY WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

W przypadku usług szpitalnych i specjalistycznych świadczonych przez placówki i lekarzy Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Prosimy o wypełnienie i podpisanie formularza wniosku oraz odesłanie go w ciągu 10 dni wraz z kopiami poniższych dokumentów:**  
**[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]**

Wymagane weryfikacje [Required Verifications]

- Dowód dochodu brutto z ostatniego miesiąca [Past One month Proof of Gross Income]
- Pełne wyciągi bankowe z ostatnich dwóch miesięcy ze wszystkich rachunków bankowych, ze wszystkimi stronami (wyjaśnienie dotyczące powtarzających się wpłat) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- Ostatnie zeznania podatkowe (formularz 1040 z załącznikiem C, E lub F) lub trzymiesięczne zestawienie zysków i strat (w przypadku osób samozatrudnionych/osób pozostających na utrzymaniu) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Prosimy przekazać następującą dokumentację, jeśli dotyczy [Provide the following, If applicable]

- Ostatni formularz W2 dot. dochodów sezonowych [Recent W2 for Seasonal Income]
- Pismo dot. zasiłku dla bezrobotnych/odmowy zasiłku [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Dochód z tytułu zasiłku na dziecko/alimentów [Child Support Income/Alimony]
- Brak dochodu – wypełnić część wniosku zawierającą pismo dot. wsparcia finansowego. [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

**Informacje o pacjencie [Patient Information]**

Imię i nazwisko pacjenta [Patient Name]		Data urodzenia [Date of Birth]	
Numer ubezpieczenia społecznego/numer EIN (opcjonalnie) [Social Security/EIN Number (optional)]	Numer telefonu komórkowego [Mobile Phone]	Inny telefon [Other Phone]	
Adres korespondencyjny [Mailing Address]	Miejscowość [City]	Stan [State]	Kod pocztowy [ZIP code]
Adres e-mail [Email Address]	Rezydent jakiego stanu? [Of what state are you a resident?]		
Stan cywilny [Marital status] <input type="checkbox"/> Nieżonaty/Niezamężna [Single] <input type="checkbox"/> Żonaty/Zamężna [Married] <input type="checkbox"/> Rozwiedziony(-a) [Divorced] <input type="checkbox"/> Inne [Other] _____			
Czy składasz federalne zeznanie podatkowe? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Tak [Yes] <input type="checkbox"/> Nie [No] Jeżeli nie, dlaczego? [If no, why?]		Czy możesz zostać zgłoszony(-a) jako osoba pozostająca na czyimś utrzymaniu w zeznaniu podatkowym? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Tak [Yes] <input type="checkbox"/> Nie [No]	

**POUFNY WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

W przypadku usług szpitalnych i specjalistycznych świadczonych przez placówki i lekarzy Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Czy Ty lub osoby pozostające na Twoim utrzymaniu posiadały ubezpieczenie zdrowotne w momencie świadczenia usługi? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] <input type="checkbox"/> Tak [Yes] <input type="checkbox"/> Nie [No] (Prosimy przedstawić kopię karty ubezpieczenia) [(Provide Insurance card copy)]					
Czy masz status udokumentowanego rezydenta Stanów Zjednoczonych? [Are you a documented resident of the United States?] <input type="checkbox"/> Tak [Yes] <input type="checkbox"/> Nie [No] <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać [Prefer Not to Answer]					
Członkowie gospodarstwa domowego wraz z Tobą na podstawie ostatnich zeznań podatkowych [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]		Data urodzenia [Date of Birth]	Związek z pacjentem [Relationship to Patient]	Zgłoszone w zeznaniu podatkowym (Tak/Nie) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]	
<b>Weryfikacja dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego [Income Verification for all household members]</b>					
Źródło miesięcznych dochodów [Monthly Income Source]	Kto je otrzymuje? [Who receives this?]	Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Źródło miesięcznych dochodów [Monthly Income Source]	Kto je otrzymuje? [Who receives this?]	Miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Ubezpieczenie społeczne/niepełnosprawność [Social Security/Disability]			Odszkodowanie dla pracownika [Worker's Compensation]		
Emerytura [Pension]			Bezrobocie [Unemployment]		
Samozatrudnienie [Self-Employment]			Zasiłek na dziecko/alimenty [Child Support/Alimony]		

**POUFNY WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

W przypadku usług szpitalnych i specjalistycznych świadczonych przez placówki i lekarzy Trinity Health  
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Pomoc publiczna [Public Assistance]			Dochód z wynajmu gruntów [Rental Land Income]		
Inne [Other]					
<b>Pismo dot. wsparcia finansowego — powinno zostać wypełnione wyłącznie przez osobę udzielającą wsparcia. [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]</b>					
<input type="checkbox"/> Zapewniam ponad 50% wsparcia na pokrycie kosztów utrzymania pacjenta, ale nie jestem w stanie pomóc w opłaceniu rachunków medycznych. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]					
<input type="checkbox"/> Podpisując niniejsze pismo, potwierdzam, że powyższe oświadczenie jest zgodne z prawdą i że w żaden sposób nie będę ponosić odpowiedzialności za rachunki pacjenta. W razie pytań proszę o kontakt pod numerem _____ (numer telefonu) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]					
<b>Imię i nazwisko osoby udzielającej wsparcia [Name of person providing support]</b>			<b>Związek z pacjentem [Relationship to Patient]</b>		
<b>Podpis osoby udzielającej wsparcia [Signature of person providing support]</b>			<b>Data [Date]</b>		

**WERYFIKACJA DOCHODU I TOŻSAMOŚCI [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]**

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że podane informacje podlegają weryfikacji. Będę odpowiedzialny(-a) za zwrot kosztów wszelkich usług świadczonych przez oddziały Trinity Health, jeśli powyższe informacje zostaną podane pod fałszywym pretekstem. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Podpis pacjenta [Signature of Patient]: \_\_\_\_\_  
Data [Date]: \_\_\_\_\_

Lub podpis opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]:  
\_\_\_\_\_  
Data [Date]: \_\_\_\_\_

Związek z pacjentem [Relationship to Patient]: \_\_\_\_\_  
Data [Date]: \_\_\_\_\_

**POUFNY WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

W przypadku usług szpitalnych i specjalistycznych świadczonych przez placówki i lekarzy Trinity Health  
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Prosimy o przesłanie wniosku pocztą na powyższy adres, faksem na numer 312-871-3350 lub o przesłanie dokumentów za pośrednictwem MyChart (Portal Pacjenta) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z naszym Centrum Obsługi Klienta pod numerem 800-494-5797 od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00-17:00 czas wschodni. [Please mail your application to the address above, fax at 312-871-3350 and or upload documents through MyChart (Patient Portal) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> If you have any questions, please contact our Customer Service Center at 800-494-5797 Monday through Friday 9 a.m. -5 p.m. ET.]**