



## Formularz roszczenia dla pacjenta nieubezpieczonego

Sąd wydał wstępną akceptację ugody w sprawie roszczenia grupowego, która może uprawniać Państwa do zwrotu kwot, otrzymania bonu lub ponownej kalkulacji rachunku za usługi medyczne wystawionego przez szpital organizacji Resurrection. W celu rozpatrzenia wniosku roszczeniowego należy wypełnić niniejszy formularz.

Proszę uważnie zapoznać się z instrukcjami. Instrukcje na odwrocie

### **KROK 1: ustalenie uprawnienia**

**Uwaga: aby zostać uprawnionym przy wszystkich poniższych stwierdzeniach należy zaznaczyć jedną z opcji: "Tak" "Nie" lub "Nie jestem pewien/pewna".**

Tak Nie Nie jestem pewien/pewna

- |                          |                                 |                          |   |   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|--|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | 1.  | Pacjentowi udzielono opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia w szpitalu organizacji Resurrection.<br>Proszę zaznaczyć wszystkie szpitale gdzie udzielano opieki:   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
|                          |                                 |                          |   | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Resurrection Medical Center</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Our Lady of the Resurrection Medical Center</td><td><input type="checkbox"/></td><td>St. Joseph Hospital</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Saint Mary of Nazareth Hospital</td><td><input type="checkbox"/></td><td>St. Elizabeth Hospital</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Holy Family Medical Center</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Saint Francis Hospital</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>West Suburban Medical Center</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Westlake Community Hospital</td><td></td><td></td></tr></table> | <input type="checkbox"/> | Resurrection Medical Center | <input type="checkbox"/> | Our Lady of the Resurrection Medical Center | <input type="checkbox"/> | St. Joseph Hospital | <input type="checkbox"/> | Saint Mary of Nazareth Hospital | <input type="checkbox"/> | St. Elizabeth Hospital |  |  | <input type="checkbox"/> | Holy Family Medical Center | <input type="checkbox"/> | Saint Francis Hospital |  |  | <input type="checkbox"/> | West Suburban Medical Center | <input type="checkbox"/> | Westlake Community Hospital |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Resurrection Medical Center     | <input type="checkbox"/> | Our Lady of the Resurrection Medical Center | <input type="checkbox"/>  | St. Joseph Hospital      |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Saint Mary of Nazareth Hospital | <input type="checkbox"/> | St. Elizabeth Hospital                      |   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Holy Family Medical Center      | <input type="checkbox"/> | Saint Francis Hospital                      |   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | West Suburban Medical Center    | <input type="checkbox"/> | Westlake Community Hospital                 |   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | 2.  | Pacjentowi udzielono opieki w okresie 16 września 2001 - 19 września 2008.<br>Proszę zaznaczyć kółkiem wszystkie lata, w których udzielono opieki, : 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008  |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | 3.  | Pacjent (a) posiada nieregulowane rachunki za usługi szpitalne udzielone przez organizację Resurrection <b>lub</b> (b) miał rachunki za usługi szpitalne wystawione przez organizację Resurrection w kwocie przekraczającej 500 \$ w okresie jednego roku i zapłacił te rachunki w całości lub w części.  |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | 4.  | Pacjent (a) zamieszkiwał w hrabstwie Cook (lub sąsiednim) <b>lub</b> (b) udzielono mu pomocy doraźnej w szpitalu organizacji Resurrection .   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | 5.  | Pacjentowi udzielono usługi szpitalne niezbędne z medycznego punktu widzenia.   |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | 6.  | Pacjent w momencie udzielenia mu usług nie posiadał kwot na koncie opieki medycznej przeznaczonych na te usługi, prywatnej polisy ubezpieczeniowej lub nie był członkiem programu kasy chorych pokrywającego koszty leczenia szpitalnego (w tym jednak bez ograniczenia wszelkie polisy lub programy sponsorowane i prowadzone przez pracowników, związki, stowarzyszenia pomocy wzajemnej, plany ERISA, Medicare, Medicaid, SCHIP lub CHAMPUS; i jakiegokolwiek ubezpieczenia udzielane przez strony trzecie i obejmujące całość lub część opieki szpitalnej) lub płatnikiem ubezpieczonym.  |                          |                             |                          |   |                          |                     |                          |                                 |                          |                        |  |  |                          |                            |                          |                        |  |  |                          |                              |                          |                             |  |  |

### **KRAK 2: Informacje o pacjencie**

Nazwisko										Imię										M. I.	
Adres										Wydział/Piętro/Lokal/Pokój											
Miejscowość										Stan		Kod pocztowy Zip				-					
Nr ubezpieczenia socjalnego					Data urodzenia																
Tel. domowy					Telefon służbowy																

### **KROK 3: dane osoby odpowiedzialnej za zapłacenie rachunku**

Nazwisko	Imię	M. I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres		Wydział/Piętro/Lokal/Pokój
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy Zip
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Nr ubezpieczenie socjalnego	Pokrewieństwo z pacjentem	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tel. domowy	Telefon służbowy	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

### **Proszę podać dane dla każdego z lat, w których pacjentowi udzielono opieki:**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym:								
Roczny dochód gospodarstwa domowego:								
Szacowany majątek w posiadaniu gospodarstwa domowego:								
Inne dochody (zasiłki na dzieci, wypłaty odsetków, świadczenia emerytalne):								
Inne środki (oszczędności, akcje, rynek pieniężny, obligacje):								

### **NINIEJSZY FORMULARZ NALEŻY ZŁOŻYĆ WRAZ Z KOPIAMI DOKUMENTÓW WYMIENIONYCH W INSTRUKCJI.**

### **KROK 4: upoważnienie i podpis (osoby odpowiedzialnej za zapłacenie rachunku)**

Upoważniam organizację Resurrection Health Care do ujawnienia mojego imienia, nazwiska i adresu podanych powyżej George S. Bellasowi, Esq. z Clifford Law Offices PC (Rada grupy) w celu udzielenia mi pomocy przez Radę grupy w trakcie procedury składania wniosku roszczeniowego.

*Niniejszym potwierdzam, że powyższe informacje są prawdziwe i zgodne z moim stanem wiedzy i przeświadczeniem oraz, że jestem świadomy/świadoma, iż są one udzielane w celu ich wykorzystania jako materiał dowodowy w sądzie oraz, że podlegają przepisom o krzywoprzysięstwu. Ponadto jestem świadomy/świadoma, że podanie jakichkolwiek informacji nieprawdziwych może wiązać się z utratą uprawnień lub koniecznością zwrotu kwot za bon wystawiony przez organizację Resurrection na ich podstawie.*

Podpis osoby odpowiedzialnej \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ listopada, 2008

Szanowny pacjencie szpitala Resurrection, Otrzymał Państwo niniejsze pismo, ponieważ możecie być uprawnieni do objęcia ugodą grupową. Sąd wydał wstępną akceptację ugody w sprawie roszczenia grupowego, która może uprawniać Państwa do zwrotu kwot, otrzymania bonu lub ponownej kalkulacji rachunku za usługi medyczne wystawionego przez szpital organizacji Resurrection. Prosimy o uważne przeczytanie niniejszej informacji. Proszę wypełnić formularz wniosku roszczeniowego na odwrocie. Oświadczenia podane w Kroku 1 pozwolą Państwu na ustalenie, czy jesteście uprawnieni do udziału w ugodzie.

W przypadku pytań prosimy o tel. pod nr. 877-498-8914 (połączenie bezpłatne). Linie czynne w godz. 8:30 - - 17:30, czas centralny.

Dziękujemy.  
RESURRECTION HEALTH CARE

## INSTRUKCJE

Proszę wypełnić niniejszy formularz, aby złożyć wniosek roszczeniowy wg procedury ustalonej w toku sprawy grupowej.

Należy wypełnić odrębny wniosek dla każdej osoby, której udzielono opieki. Jeśli pacjentowi udzielono opieki w wielu latach należy wypełnić jeden formularz.

**Formularz należy przesłać do dnia 16 lutego 2009** (liczy się data stempla pocztowego). Jeśli formularz nie został prawidłowo wypełniony lub brakuje **dokumentacji** (informacja poniżej), organizacja Resurrection Health Care może go nie rozpatrzyć. Złożone wnioski oraz dane podatkowe nie zostaną Państwu zwrócone.

Jak wypełnić formularz:

**Krok 1:** Proszę postawić znak “√” obok słowa Tak, Nie lub Nie jestem pewien/pewna przy KAŻDYM stwierdzeniu. Proszę postawić znak “√” przy wszystkich szpitala, w których udzielono Państwu opieki. Proszę zakreślić kółkiem wszystkie lata, w których udzielano Państwu opieki.

**Krok 2:** należy podać dane pacjenta.

**Krok 3:** należy podać dane osoby odpowiedzialnej za zapłacenie rachunku za usługi medyczne w momencie jego otrzymania. Osobą odpowiedzialną za zapłatę rachunku może być także pacjent. Wraz z wnioskiem należy złożyć następującą **dokumentację** pacjenta:

- Dowód tożsamości (przynajmniej JEDEN z następujących: prawo jazdy, stanowy dowód osobisty, dowód osobisty, paszport, zieloną kartę, dowód konsularny)
- Dowód dochodów (egzemplarz dokumentu Property Tax Records dla każdego roku kiedy udzielono opieki, jeśli dokument ten jest niedostępny należy udokumentować dochody w każdym roku, kiedy udzielono opieki. Przykładowo: można załączyć wyciąg bankowy, wyciąg z konta akcji i funduszy finansowych)

**Krok 4:** Proszę postawić znak “√” obok pola, jeśli upoważnicie Państwo organizację Resurrection Health Care do ujawnienia Państwa imienia i nazwiska George Bellasowi z firmy Clifford Law Office (Rada grupy) w ramach sprawy Niewinski przeciw. Resurrection Health Care Corp., No. 04 CH 15187, aby Rada grupy mogła udzielić państwu pomocy we wniesieniu wniosku roszczeniowego. Zaznaczając to pole oświadczacie Państwo, że rozumiecie i zgadzacie się na to, że:

- A. Niniejsze upoważnienie możecie w dowolnym momencie wycofać poprzez przesłanie pisemnego oświadczenia do organizacji Resurrection na podany poniżej adres; jednakże wycofanie takie nie będzie obejmować informacji już ujawnionych na podstawie niniejszego upoważnienia.
- B. Rozumiecie Państwo, iż informacje ujawnione na podstawie tego upoważnienia mogą być ujawniane ponownie w zakresie przewidzianym przepisami prawa.
- C. Możecie odmówić podpisania upoważnienia. Odmowa podpisania upoważnienia nie wpłynie negatywnie na Państwa uprawnienie do uzyskania leczenia, włączenia do programu opieki zdrowotnej, uprawnienia do zasiłków chorobowych lub pozyskania zapłaty za usługi medyczne.
- D. Jeśli składacie Państwo podpis w imieniu pacjenta, oświadczacie pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, iż jesteście uprawnieni do występowania w jego imieniu.

Formularz musi podpisać osoba odpowiedzialna za zapłatę rachunku. Formularz wraz z **Dokumentacją** należy przesłać na adres:

**RESURRECTION HEALTH CARE SETTLEMENT ADMINISTRATION**

**P.O. Box 56798**

**Jacksonville, FL 32241-6798**