

Poštovani Podnosiocze zahtjeva:

Ako bi plaćanje zdravstvenih troškova moglo za vas stvoriti finansijske teškoće, ispunite ovu prijavu.

Ova prijava pomoći će nam da utvrdimo našu sposobnost da smanjimo one troškove za usluge koje se pružaju na bilo kojoj Dartmouth-Hitchcock lokaciji. Molimo odgovorite na sva pitanja koja se odnose na vas ili vaše domaćinstvo. Sve informacije koje navedete su povjerljive i pregledane samo od strane osoblja koje obrađuje vašu prijavu.

Ako imate osiguranje, možda ćete imati pravo i na novčanu pomoć kod drugih pružatelja usluga NH Health Access Network. NH Health Access Network mreža je bolnica i drugih pružatelja zdravstvenih usluga koje rade na poboljšanju pristupa zdravstvenoj zaštiti za djecu i odrasle stanovnike države New Hampshire koji nisu osigurani.

Prije nego što se odobri bilo kakva finansijska pomoć, morate iscrpiti sve ostale izvore plaćanja, uključujući osiguranje, javnu pomoć, parnični postupak ili odgovornost treće strane. Koristite kontrolni popis u nastavku da biste bili sigurni da ste unijeli sve informacije.

	Obavezno	N/P
1. Potpuna kopija vaših najnovijih saveznih prijava poreza na dohodak i svih rasporeda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kopije svih najnovijih oblika W-2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kopije tri (3) najnovije isplate zarade ili izjavu poslodav(a)ca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kopije tri (3) najnovija bankovna izvješća (npr. Štednja, čekovi, novčani fondovi na tržištu, IRA, 401K itd.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kopije izvoda o nezaposlenosti i naknadi invalidnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kopije socijalnog osiguranja i/ili penzije	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kopija dodjele markica za hranu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kopije izvora dividendi, povjerilačkih fondova i izvještaja o porezu na imovinu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kopije obavijesti o državnoj pomoći;		
- Obavijesti Ministarstva zdravstva i ljudskih usluga (sve stranice)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Medicaid <i>Spend Down</i> pisma, kopije demantija iz Medicaida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Obavijesti iz Premium plana(ova) pomoći i osiguranja od tržišta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nastavićete biti finansijski odgovorni za sve usluge koje primite dok se ne primi Vaša popunjena aplikacija. Ako vam se nismo javili 30 dana nakon što ste nam poslali vašu prijavu ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju prijave, nazovite jednog od naših Advokata za pacijente na (844) 647-6436. Radno vrijeme je od 9 do 16:30, ponedjeljak - petak.

Popunjene prijave trebaju se vratiti na jednu od adresa u nastavku:

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive PFS: Nivo 3 FAA Lebanon, NH 03756 Faks: (603) 640-1913	New London Hospital PO Box 2150 Na ruke: Finansijski savjetnik New London, NH 03257 Faks: (603) 643-7364	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS: FAA Keene, NH 03431 Faks: (603) 643-7363	Visiting Nurse i Hospice za Vermont i New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 Faks: (603) 640-1913	Alice Peck Day Dr. Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Faks: (603) 640-1913
---	--	---	--	--

Pomoć pri popunjavanju ove aplikacije možete dobiti lično na sljedećim lokacijama:

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	Dartmouth Hitchcock Klinika Manchester 1 00 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth Hitchcock Klinika Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth Hitchcock Klinika Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Dr. Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	

Zahtjev za finansijsku pomoć

1. Informacije o pacijentu

Prezime _____ Ime _____ Srednji inicijali _____ Socijalni Broj # _____ Datum rođenja _____

Adresa ulice _____ Grad _____ Država _____ Zip kod _____ Dužina vremena na adresi _____

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Zip kod _____

Kućni broj telefona _____ Poslovni broj telefona _____

- Sam(a) U braku Građanska unija
 Odvojen/a Razveden/a Udovac/Udovica
 Američki državljanin Stanovnik New Hampshirea

2. Osoba odgovorna za plaćanje računa

Prezime _____ Ime _____ Srednji inicijali _____ Socijalni Broj # _____ Datum rođenja _____

Adresa ako se razlikuje od adrese pacijenta _____ Kućni broj telefona _____ Poslovni broj telefona _____

Naziv Osiguravajuće kompanije _____ Datum stupanja na snagu _____

3. Molimo vas da nabrojite SVE članove vašeg domaćinstva, uključujući osobu koja aplicira

Upotrijebite dodatnu stranicu papira ako je potrebno

Ime _____ Odnos sa pacijentom _____ Datum rođenja _____ Socijalni broj # _____ Aplicira Da/Ne _____

1 Lično

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

4. Je li ovo aplikacija za buduće ili prošle usluge?

Buduće Prošle Datum(i) usluga: _____

5. Molimo vas da ispunite ako neko u vašem domaćinstvu ima osiguranje:

Zdravstveno osiguranje (Plan/Ime), _____ Zdravstvena štedna knjižica(zaokružite) Da Ne Ko: _____

Polica #/ID# _____ Iznos koji se odbija: _____

Medicare Dio A _____, Medicare Dio B _____, Primanja pomoći za plaćanje Medicare Dio B _____, Ko: _____

6. Je li se neko u vašem domaćinstvu prijavio za Medicaid? Da Ne Ko: _____

Ako Da i odbijeni ste, pošaljite kopiju obavijesti o odbijanju Medicaida.

7. Da li ste se prijavili za novčanu pomoć u nekom drugom objektu? Da Ne Ako da, gdje: _____

8. Je li netko u vašem domaćinstvu trudan? Da Ne

9. Je li netko u vašem domaćinstvu služio u vojsci? Da Ne Ko: _____

10. Da li ste nedavno podnijeli zahtjev za nadoknadu štete ili zahtjev za nadoknadu za nesreću sa motornim vozilima? Da Ne Datum: _____

11. Ima li neko u vašem domaćinstvu pravo na socijalno osiguranje? Da Ne Ko: _____

12. Da li vas još neko traži na povratu poreza na dohodak? Da Ne Ko: _____

13. Podaci o imovini kućanstva

	Osoba 1	Osoba 2	Osoba 3
Ime svakog člana domaćinstva:	_____	_____	_____
Naziv poslodavca:	_____	_____	_____
Bruto mjesečni prihod od:			
Zaposlenje:	USD _____	USD _____	USD _____
Samozaposlenje:	USD _____	USD _____	USD _____
Investicioni računi:	USD _____	USD _____	USD _____
Iznajmljivanje nekretnina:	USD _____	USD _____	USD _____
Nezaposlenost:	od MM / DD / GOD	od MM / DD / GOD	od MM / DD / GOD
Penzija: (Soc. Sigurnost, Penzija, Anuitet)	USD _____	USD _____	USD _____
Alimentacija/Dječiji doplatak:	USD _____	USD _____	USD _____
Javna pomoć, Markice za hranu:	USD _____	USD _____	USD _____
Drugi prihodi:	USD _____	USD _____	USD _____
Štednje i ulaganja:			
Provjera stanja računa:	USD _____	USD _____	USD _____
Stanje na štednim i Tekućim računima: (IRAs, 403B, 401K:)	USD _____	USD _____	USD _____
Odrediti: _____	USD _____	USD _____	USD _____
Ostale uštede i investicije: Odrediti: _____	USD _____	USD _____	USD _____

14. Rashodi Kućanstva

Mjesečna najamnina: USD _____ ili hipotekarno plaćanje: USD _____ Stanje hipotekarnog kredita USD _____

Iznos poreza na imovinu nije uključen u gore navedeni iznos plaćanja: \$ _____ Vrijednost kuće: \$ _____

Da li posjedujete nekretninu osim prebivališta? Da Ne

Ako Da, Iznos \$ _____ Balans hipoteke: \$ _____

Ako je druga imovina poslovna, navedite adresu: _____ Iznos mjesečnog kredita: \$ _____

Plaćeno: _____ Za: _____

Medicare Dio D odbijen od provjere socijalnog osiguranja: Da Ne Iznos: \$ _____

Komunalije \$ _____ Osiguranje (Auto/Životno/Nekretnina) \$ _____ Drugo: \$ _____

Alimentacija/Dječiji dodatak \$ _____ Zdravstveno Osiguranje Premium \$ _____ Ostalo: \$ _____

Briga o djeci \$ _____ Zdravstveni računi \$ _____ Ostalo: \$ _____

Životni troškovi(gas, hrana, odjeća) \$ _____ Lijekovi \$ _____ Ostalo: \$ _____

Potpisivanjem u nastavku ovlašćujem zahtjev za svojim kreditnim izvještajem i/ili prijavom poreza. Razumijem da je za obradu ove prijave potrebna prijava poreza i da se može zatražiti više informacija prije nego što se utvrdi moja podobnost. U slučaju da nisam u potpunosti otkrio ili netačno zastupao bilo koji prihod ili imovinu, bilo koji ugovor o pružanju dobrotvornog popusta za njegu bio bi nevažeći i vratio bi se natrag na datum od kada se računi duguju. Mogu biti odgovoran za bilo koje/sve pravne troškove tokom postupka naplate.

Svi punoljetni članovi domaćinstva koji potpišu u nastavku ovlašćuju objavljivanje bilo kakvih medicinskih, finansijskih ili podataka o zaposlenju koji se odnose direktno na njihovu zdravstvenu zaštitu ili na podobnost njihove finansijske pomoći. Ove informacije mogu se objaviti svim pružateljima zdravstvenih usluga od kojih su članovi domaćinstva zatražili zdravstvene usluge ili finansijsku pomoć. Sve pružene informacije ostat će povjerljive prema odredbama federalnih propisa HIPAA-e. Izborni postupci se ne mogu uzeti u obzir za pomoć.

Slažem se da ću vratiti punu naknadu za novčanu pomoć ako primim bilo kakvu uplatu za medicinske usluge obuhvaćene ovom prijavom, na primjer, plaćanja osiguranja, plaćanja državnih programa, nagradu od tužbe ili bilo koju drugu uplatu.

Ako primim novčanu pomoć, pristajem da kažem organizaciji gdje sam prvi put primijenio bilo kakve promjene koje bi mogle uticati na podobnost, uključujući promjene veličine porodice, prihoda i zdravstvenog osiguranja. Razumijem da ako se moja/naša zdravstvena situacija promijeni tako da bih mogao la biti podoban za program javne pomoći, morat ću se prijaviti na taj program i pružiti dokaz o prijavi.

Potpis podnosioca zahtjeva _____ Datum: _____

Potpis podnosioca zahtjeva za CO _____ Datum: _____