

Αγαπητέ αιτούντα:

Εάν η πληρωμή των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να σας δημιουργήσει οικονομικές δυσκολίες, παρακαλούμε συμπληρώστε την παρούσα αίτηση.

Η αίτηση αυτή θα μας βοηθήσει να καθορίσουμε τη δυνατότητά μας να μειώσουμε τα εν λόγω έξοδα για υπηρεσίες που παρέχονται σε οποιαδήποτε τοποθεσία του Dartmouth Health. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούν εσάς ή το νοικοκυριό σας. Οι πληροφορίες που παρέχετε είναι εμπιστευτικές και εξετάζονται μόνο από το προσωπικό που επεξεργάζεται την αίτησή σας.

Εάν έχετε ασφάλιση, τότε μπορεί επίσης να είστε επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια με άλλους συμμετέχοντες παρόχους του δικτύου NH Health Access Network. Το NH Health Access Network είναι ένα δίκτυο νοσοκομείων και άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται για τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τα υποασφαλισμένα παιδιά και τους ενήλικες κατοίκους της Πολιτείας του New Hampshire.

Πριν χορηγηθεί οποιαδήποτε οικονομική βοήθεια, θα πρέπει να έχετε ήδη εξαντλήσει όλες τις άλλες πηγές πληρωμών, όπως ασφάλιση, δημόσια βοήθεια, δικαστική διαμάχη ή ευθύνη έναντι τρίτων. Χρησιμοποιήστε τον παρακάτω κατάλογο ελέγχου για να βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπεριλάβει όλες τις πληροφορίες.

	Απαιτού- μενο	Δ/Ε
1. Πλήρες αντίγραφο της πιο πρόσφατης ομοσπονδιακής δήλωσης φορολογίας εισοδήματος και όλων των καταστάσεων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Αντίγραφα όλων των πιο πρόσφατων εντύπων W-2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Αντίγραφα των τριών (3) πιο πρόσφατων εκκαθαριστικών σημειωμάτων μισθοδοσίας ή δήλωση του εργοδότη (ή των εργοδοτών)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Αντίγραφα των τριών (3) πιο πρόσφατων τραπεζικών λογαριασμών (π.χ. ταμειυτηρίου, επιταγών, κεφαλαίων χρηματαγοράς, IRA, 401K κ.λπ.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Αντίγραφα δηλώσεων αποζημίωσης ανεργίας, αναπηρίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Αντίγραφα παροχών κοινωνικής ασφάλισης ή/και συντάξεων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Αντίγραφο της χορήγησης Food Stamp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Αντίγραφα των πηγών μερισμάτων, των καταπιστευματικών ταμείων και των δηλώσεων φόρου ακίνητης περιουσίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Αντίγραφα ειδοποιήσεων κυβερνητικής βοήθειας,		
- Ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (όλες οι σελίδες)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Επιστολές Spend Down από το Medicaid, Αντίγραφα ειδοποιήσεων απόρριψης από το Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ειδοποιήσεις από προγράμματα βοήθειας για τα ασφάλιστρα και από την αγορά ασφάλισης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Θα συνεχίσετε να είστε οικονομικά υπεύθυνοι για οποιοσδήποτε υπηρεσίες λάβετε έως ότου ληφθεί η συμπληρωμένη σας αίτηση. Εάν δεν έχετε λάβει νέα μας εντός 30 ημερών από την υποβολή της αίτησής σας ή εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση της αίτησης, παρακαλούμε καλέστε έναν από τους Συνηγόρους Ασθενών μας στο (844) 647-6436. Οι ώρες γραφείου είναι 9 π.μ. - 4:30 μ.μ., Δευτέρα - Παρασκευή.

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις πρέπει να επιστραφούν σε μία από τις παρακάτω διευθύνσεις:

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Fax: (603) 640-1913

New London Hospital PO Box 2150
Attn: Financial Counselor
New London, NH 03257
Fax: (603) 643-7364

Cheshire Medical Center
580 Court Street
PFS: FAA
Keene, NH 03431
Fax: (603) 643-7363

Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH)
88 Prospect St.
White River Junction, VT 05001
Fax: (603) 640-1913

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
FAA
Lebanon, NH 03766
Fax: (603) 640-1913

Μπορείτε να λάβετε προσωπική βοήθεια για τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης στις ακόλουθες τοποθεσίες:

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
(603) 650-6222

Dartmouth Hitchcock Clinics Manchester
100 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 Clinics Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
(603) 229-5080

Dartmouth Hitchcock Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
(603) 577-4055

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
(603) 308-0007

Αίτηση οικονομικής ενίσχυσης

1. Στοιχεία ασθενή

Επώνυμο	Όνομα	Αρχικό μεσαίου ονόματος	Κοινωνική ασφάλιση #	Ημερομηνία γέννησης
Οδός	Πόλη	Πολιτεία	TK	Χρόνος διαμονής στη διεύθυνση
Ταχυδρομική διεύθυνση	Πόλη	Πολιτεία	TK	
Τηλέφωνο οικίας	Τηλέφωνο εργασίας	<input type="checkbox"/> Ελεύθερος/-η <input type="checkbox"/> Σε διάσταση <input type="checkbox"/> Πολίτης των ΗΠΑ	<input type="checkbox"/> Παντρεμένος/-η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Κάτοικος NH	<input type="checkbox"/> Σύμφωνο συμβίωσης <input type="checkbox"/> Χήρος/-α

2. Άτομο υπεύθυνο για την πληρωμή του λογαριασμού

Επώνυμο	Όνομα	Αρχικό μεσαίου ονόματος	Κοινωνική ασφάλιση #	Ημερομηνία γέννησης
Διεύθυνση αν διαφέρει από του ασθενή	Τηλέφωνο οικίας	Τηλέφωνο εργασίας		
Όνομα ασφαλιστικής εταιρείας				Ημερομηνία έναρξης ισχύος

3. Αναφέρετε ΟΛΑ τα άτομα που ζουν στο νοικοκυριό, συμπεριλαμβανομένου του αιτούντος: Χρησιμοποιείτε πρόσθετα φύλλα χαρτί αν χρειάζεται

Όνομα	Σχέση με τον ασθενή	Ημερομηνία γέννησης	Κοινωνική ασφάλιση #	Χρήση Ναι/Όχι
1 <u>Ο ίδιος/Η ίδια</u>				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Η αίτηση αφορά μελλοντικές ή παρελθούσες υπηρεσίες;

Μελλοντικές Παρελθούσες Ημερομηνίες υπηρεσιών: _____

5. Συμπληρώστε εάν κάποιος στο νοικοκυριό σας έχει ασφάλιση:

Ασφάλιση υγείας (Πρόγραμμα/Όνομα), _____ Λογαριασμός ταμειευτηρίου υγείας (κυκλώστε) Ναι Όχι Ποιος: _____

Πολιτική #/ID# _____ Εκπίπτων ποσό: _____

Medicare Μέρος A _____, Medicare Μέρος B _____, Λαμβάνει ενίσχυση για να πληρώσει το Medicare Part B _____, Ποιος: _____

6. Έχει κάνει αίτηση κάποιος στο νοικοκυριό σας για Medicaid; Ναι Όχι Ποιος: _____

Εάν Ναι και απορρίφθηκε, παρακαλείστε να προσκομίσετε αντίγραφο της ειδοποίησης απόρριψης του Medicaid.

7. Έχετε κάνει αίτηση για οικονομική ενίσχυση σε άλλο φορέα; Ναι Όχι Αν ναι, πού: _____

8. Είναι κάποιο μέλος του νοικοκυριού σας έγκυος; Ναι Όχι

9. Έχει υπηρετήσει κάποιο μέλος του νοικοκυριού σας στον στρατό; Ναι Όχι Ποιος: _____

10. Υποβάλατε πρόσφατα αγωγή αποζημίωσης εργαζομένων ή ατύχημα με αυτοκίνητο; Ναι Όχι

Ημερομηνία: _____

11. Είναι κάποιος στο νοικοκυριό σας επιλέξιμος για παροχές κοινωνικής ασφάλισης; Ναι Όχι

Ποιος: _____

12. Σας δηλώνει κανείς άλλος στη δήλωση φορολογίας εισοδήματος; Ναι Όχι Ποιος: _____

13. Πληροφορίες για τα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού

	Άτομο 1	Άτομο 2	Άτομο 3
Όνομα του κάθε μέλους του νοικοκυριού:	_____	_____	_____
Όνομα εργοδότη:	_____	_____	_____
Ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα από:			
Εργασία:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Αυτοαπασχόληση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Επενδυτικοί λογαριασμοί:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ενοίκια:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ανεργία:	από τις HH / MM / EEEE	από τις HH / MM / EEEE	από τις HH / MM / EEEE
Σύνταξη:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(Κοιν. Ασφάλιση, Σύνταξη, Πρόσοδος)			
Διατροφή/Επίδομα τέκνων:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Κρατική ενίσχυση, κουπόνια τροφίμων:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Άλλο εισόδημα:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Αποταμιεύσεις και επενδύσεις:			
Υπόλοιπα λογαριασμών όψεως:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Υπόλοιπα αποταμιευτικών λογαριασμών και λογαριασμών CD: (IRAs, 403B, 401K:)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Διευκρινίστε: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Άλλες καταθέσεις και επενδύσεις:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Διευκρινίστε: _____			

14. Έξοδα νοικοκυριού

Μηνιαίο ενοίκιο: \$ _____ Δόση στεγαστικού δανείου: \$ _____ Υπόλοιπο στεγαστικού δανείου \$ _____

Φόρος ακίνητης περιουσίας που δεν περιλαμβάνεται στο παραπάνω ποσό πληρωμής: \$ _____ Αξία κατοικίας: \$ _____

Διαθέτετε ακίνητα εκτός της κύριας κατοικίας; Ναι Όχι

Αν ναι, αξία \$ _____ Υπόλοιπο στεγαστικού δανείου: \$ _____

Αν το άλλο ακίνητο είναι επιχείρηση, αναφέρετε τη διεύθυνση: _____ Μηνιαία δόση δανείου: \$ _____

Καταβλήθηκε πληρωμή σε: _____ Για: _____

Το Medicare Μέρος D αφαιρείται από την επιταγή κοινωνικής ασφάλισης: Ναι Όχι Ποσό: \$ _____

Υπηρεσίες κοινής ωφέλειας \$ _____ Ασφάλειες (αυτοκινήτου/ζωής/περιουσίας) \$ _____ Άλλα: \$ _____

Διατροφή/επίδομα τέκνων \$ _____ Ασφάλιστρα υγείας \$ _____ Άλλα: \$ _____

Φροντίδα παιδιών \$ _____ Λογαριασμοί υγειονομικής περίθαλψης \$ _____ Άλλα: \$ _____

Διαβίωση (φυσικό αέριο, τρόφιμα, ρούχα) \$ _____ Φάρμακα \$ _____ Άλλα: \$ _____

Με την υπογραφή μου παρακάτω εξουσιοδοτώ την αίτηση για την πιστοληπτική μου έκθεση και/ή τη φορολογική μου δήλωση. Κατανοώ ότι απαιτείται φορολογική δήλωση για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης και ότι μπορεί να ζητηθούν περισσότερες πληροφορίες πριν καθοριστεί η επιλεξιμότητά μου. Σε περίπτωση που δεν έχω αποκαλύψει πλήρως ή έχω παρουσιάσει ανακριβώς οποιοδήποτε εισόδημα ή περιουσιακά στοιχεία, οποιαδήποτε συμφωνία για την παροχή έκπτωσης περιθαλψής για φιλανθρωπικούς λόγους θα είναι άκυρη και θα έχει αναδρομική ισχύ από την ημερομηνία που οφείλονται οι λογαριασμοί. Ενδέχεται να είμαι υπόχρεος για οποιαδήποτε/όλα τα νομικά έξοδα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας είσπραξης.

Όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού που υπογράφουν κατωτέρω εξουσιοδοτούν την κοινοποίηση κάθε ιατρικής, οικονομικής ή εργασιακής πληροφορίας που σχετίζεται άμεσα με την υγειονομική τους περίθαλψη ή την επιλεξιμότητά τους για οικονομική βοήθεια. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να κοινοποιηθούν σε όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης από τους οποίους τα μέλη του νοικοκυριού έχουν ζητήσει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ή οικονομική βοήθεια. Όλες οι παρεχόμενες πληροφορίες θα παραμείνουν εμπιστευτικές σύμφωνα με τις διατάξεις των ομοσπονδιακών κανονισμών HIPAA. Οι επιλεγμένες διαδικασίες ενδέχεται να μην θεωρηθούν επιλέξιμες για παροχή ενίσχυσης.

Συμφωνώ ότι θα επιστρέψω ολόκληρο το ποσό της οικονομικής βοήθειας σε περίπτωση που λάβω πληρωμή οποιοδήποτε είδους για τις ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από την παρούσα αίτηση, π.χ. ασφαλιστικές πληρωμές, πληρωμές από κυβερνητικά προγράμματα, αποζημίωση από αγωγή ή οποιαδήποτε άλλη πληρωμή.

Εάν λάβω οικονομική ενίσχυση, συμφωνώ να ενημερώσω τον οργανισμό στον οποίο έκανα την πρώτη αίτηση για τυχόν αλλαγές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επιλεξιμότητά μου, όπως αλλαγές στο μέγεθος της οικογένειας, το εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Κατανοώ ότι εάν η ιατρική μου/μας κατάσταση αλλάξει, ώστε να είμαι/είμαστε επιλέξιμος/οι για κάποιο πρόγραμμα δημόσιας βοήθειας, θα πρέπει να υποβάλω αίτηση στο εν λόγω πρόγραμμα και να προσκομίσω απόδειξη της αίτησης.

Υπογραφή αιτούντος _____ Ημ/νία _____

Υπογραφή συν-αιτούντος _____ Ημ/νία _____