

Εάν η πληρωμή των εξόδων περίθαλψής σας μπορούσε να δημιουργήσει οικονομικές δυσκολίες για εσάς, συμπληρώστε αυτή την αίτηση. Αυτή η αίτηση θα μας βοηθήσει να προσδιορίσουμε την ικανότητά μας να μειώσουμε αυτά τα έξοδα για υπηρεσίες που παρέχονται στη Dartmouth-Hitchcock. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις που ισχύουν για εσάς ή το νοικοκυριό σας. Οποιοσδήποτε πληροφορίες που παρέχετε είναι εμπιστευτικές και εξετάζονται μόνο από το προσωπικό που επεξεργάζεται την αίτησή σας.

Εάν έχετε ασφάλιση, τότε μπορείτε να είστε επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια με άλλους συμμετέχοντες παρόχους του NH Health Access Network [Δίκτυο Πρόσβασης Υγείας της Πολιτείας NH]. Το NH Health Access Network είναι ένα δίκτυο νοσοκομείων και άλλων παρόχων υγείας που εργάζονται για να βελτιώσουν την πρόσβαση σε περίθαλψη για υποασφαλισμένα παιδιά και ενήλικες κατοίκους της Πολιτείας New Hampshire.

Πριν χορηγηθεί οποιαδήποτε οικονομική βοήθεια, πρέπει να έχετε ήδη εξαντλήσει όλες τις πηγές πληρωμής, συμπεριλαμβανομένων της ασφάλισης, κρατικής βοήθειας, δικαστικής διαδικασίας ή της ευθύνης τρίτων. Χρησιμοποιήστε τη λίστα ελέγχου παρακάτω για να βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπεριλάβει όλες τις πληροφορίες.

- Ένα πλήρες αντίγραφο της πιο πρόσφατης φορολογικής δήλωσής (Federal Income Tax Return) και των παραρτημάτων της.
- Αντίγραφα όλων των πιο πρόσφατων εντύπων W-2.
- Αντίγραφα των τριών (3) πιο πρόσφατων αποκομμάτων της επιταγής μισθού ή σχετική βεβαίωση του εργοδότη ή των εργοδοτών
- Αντίγραφα των τριών (3) πιο πρόσφατων καταστάσεων κίνησης τραπεζικών λογαριασμών (π.χ. αποταμίευσης, τρεχούμενου λογαριασμού, κεφαλαίων χρηματαγοράς, IRA, 401k, κ.λπ.)
- Αντίγραφα καταστάσεων επιδοματικών παροχών ανεργίας, αναπηρίας
- Αντίγραφα παροχών κοινωνικής ασφάλισης ή και σύνταξης
- Αντίγραφο κατανομής Κουπονιών Σίτισης
- Αντίγραφα πηγών μερισμάτων, κεφαλαίων καταπιστευμάτων και καταστάσεων φόρου ακινήτων
- Αντίγραφα κοινοποίησης κρατικής βοήθειας (συμπεριλαμβανομένης της Υπηρεσίας Department of Health & Human Services)

Μπορείτε να λάβετε βοήθεια αυτοπροσώπως συμπληρώνοντας αυτή την αίτηση στις ακόλουθες τοποθεσίες:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 εσ. 4444
---	--	---	---	---

Θα εξακολουθείτε να είστε οικονομικά υπόχρεος για τυχόν υπηρεσίες που λαμβάνετε μέχρι να παραλάβουμε την συμπληρωμένη αίτησή σας. Εάν δεν σας ενημερώσουμε εντός 30 ημερών αφότου στείλετε την αίτησή σας ή χρειάζεστε βοήθεια για να συμπληρώσετε την αίτηση, καλέστε έναν από τους Συνηγόρους Ασθενών στο τηλέφωνο (844) 647-6436. Οι ώρες λειτουργίας είναι 9.00 π.μ. – 4.30 μ.μ., Δευτέρα – Παρασκευή.

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις πρέπει να αποστέλλονται στην παρακάτω διεύθυνση.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
Attn: PFS - Level 3 - NSA  
One Medical Center Drive  
Lebanon, NH 03756-0001  
Fax # (603) 650-6142

**Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας**
**1. Στοιχεία ασθενούς:**

Επώνυμο	Όνομα	Αρχικό δεύτερου ονόματος	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης	Ημ/νία γέννησης
Διεύθυνση	Δήμος/Πόλη	Πολιτεία	Ταχ. Κώδικας	Χρόνος διαμονής σε αυτή τη διεύθυνση
Ταχυδρομική διεύθυνση	Δήμος/Πόλη	Πολιτεία	Ταχ. Κώδικας	
Τηλέφωνο κατοικίας	Τηλέφωνο εργασίας	<input type="checkbox"/> Άγαμος	<input type="checkbox"/> Παντρεμένος/η	<input type="checkbox"/> Σύμφωνο συμβίωσης
		<input type="checkbox"/> Σε διάσταση	<input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/> Χήρος/α
		<input type="checkbox"/> Αμερικανός πολίτης	<input type="checkbox"/> Κάτοικος NH	

**2. Υπόχρεος για την πληρωμή του λογαριασμού**

Επώνυμο	Όνομα	Αρχικό δεύτερου ονόματος	Συγγένεια με τον ασθενή	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης
Διεύθυνση εάν είναι διαφορετική από τη διεύθυνση του ασθενούς	Τηλέφωνο κατοικίας	Τηλέφωνο εργασίας		
Επωνυμία ασφαλιστικής εταιρείας	Ημερομηνία έναρξης ισχύος			

**3. \*\*Αναφέρετε ΟΛΑ τα άτομα που μένουν στο νοικοκυριό σας, καθώς και τον αιτούντα: Χρησιμοποιήστε επιπλέον φύλλα εάν χρειάζεται**

ΟΝΟΜΑ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Υποβάλλει αίτηση	Ναι/Όχι
1	<b>Ίδιος</b>				
2					
3					
4					
5					
6					

4. Αφορά αυτή η αίτηση υπηρεσίες στο μέλλον ή στο παρελθόν;  Μέλλον  Παρελθόν Ημ/νίες παροχής υπηρεσιών: \_\_\_\_\_

5. Συμπληρώστε εάν κάποιος στο νοικοκυριό σας έχει ασφάλιση:

Ασφάλιση υγείας (Πρόγραμμα/Όνομασία) \_\_\_\_\_, Λογαριασμός HSA (βάλτε κύκλο) – Ναι Όχι **Ποιος:** \_\_\_\_\_

Αρ. συμβολαίου/Κωδικός \_\_\_\_\_ Ποσό απαλλαγής: \_\_\_\_\_

Medicare Part A \_\_\_, Medicare Part B \_\_\_ Λαμβάνει βοήθεια για να πληρώσει το Medicare Part B \_\_\_\_\_ **Ποιος:** \_\_\_\_\_

6. Έχει υποβάλει κανείς στο νοικοκυριό σας αίτηση για Medicaid;  Ναι  Όχι

Ποιος: \_\_\_\_\_ Εάν ναι, κι έχει απορριφθεί, προσκομίστε αντίγραφο της κοινοποίησης απόρριψης του Medicaid.

7. Έχετε υποβάλει αίτηση σε άλλο ίδρυμα;  Ναι  Όχι Εάν ναι, πού: \_\_\_\_\_

8. Υπάρχει κάποια έγκυος στο νοικοκυριό σας;  Ναι  Όχι

9. Υπάρχει κάποιος στο νοικοκυριό σας που έχει υπηρετήσει στο στρατό;  Ναι  Όχι Ποιος: \_\_\_\_\_

10. Έχετε υποβάλει πρόσφατα αξίωση για εργατικό ατύχημα ή αυτοκινητιστικό ατύχημα;  Ναι  Όχι Ποιος: \_\_\_\_\_

11. Υπάρχει στο νοικοκυριό σας άτομο επιλέξιμο για παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης;  Ναι  Όχι Ποιος: \_\_\_\_\_

12. Είστε εξαρτώμενο άτομο στη φορολογική δήλωση εισοδήματος άλλου;  Ναι  Όχι Ποιού: \_\_\_\_\_

13. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	ΑΤΟΜΟ 1	ΑΤΟΜΟ 2	ΑΤΟΜΟ 3
--------------------------	---------	---------	---------

\* ΟΝΟΜΑ κάθε μέλους του νοικοκυριού σας \_\_\_\_\_

Επωνυμία εργοδότη \_\_\_\_\_

**Μεικτό μηνιαίο εισόδημα από:**

Απασχόληση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Αυτοαπασχόληση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Λογαριασμούς επενδύσεων:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ενοικιάσεις ακινήτων:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ανεργία: (από ( _/ _/ _ ))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Συνταξιοδότηση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

(Κοινωνική Ασφάλιση, σύνταξη, ράντα)

Διατροφή συζύγου/παιδιών:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Κρατική βοήθεια, κουπόνια σίτισης:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Άλλο εισόδημα:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Αποταμιεύσεις και επενδύσεις:**

Υπόλοιπα τρεχούμενων λογαριασμών	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Υπόλοιπα λογαριασμών αποταμίευσης & CD IRA, 403B, 401k:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Προσδιορίστε: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Άλλες αποταμιεύσεις και επενδύσεις:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Προσδιορίστε: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Άλλο:** \_\_\_\_\_

Αυτοκίνητο: Έτος, μάρκα, μοντέλο: \_\_\_\_\_

Όχημα αναψυχής (RV): Έτος, μάρκα, μοντέλο: \_\_\_\_\_

14. ΕΞΟΔΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ
-----------------------

Πληρωμή μηνιαίου ενοικίου: \$ \_\_\_\_\_ ή δόση στεγαστικού δανείου: \$ \_\_\_\_\_ Υπόλοιπο στεγαστικού δανείου \$ \_\_\_\_\_

Ποσό φόρου ακινήτου που δεν περιλαμβάνεται στο παραπάνω ποσό: \$ \_\_\_\_\_ Αξία κατοικίας: \$ \_\_\_\_\_

Έχετε άλλο ακίνητο πλην της κύριας κατοικίας;  Ναι  Όχι Εάν ναι, Αξία: \$ \_\_\_\_\_ Υπόλοιπο στεγ. δανείου: \$ \_\_\_\_\_

Εάν το άλλο ακίνητο είναι επιχείρηση, συμπληρώστε τη διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Μηνιαία δόση δανείου: \$ \_\_\_\_\_ Καταβάλλεται στο/στη: \_\_\_\_\_ Για: \_\_\_\_\_

Ποσό Medicare Part D που παρακρατείται από την επιταγή Κοινωνικής Ασφάλισης:  Ναι  Όχι Ποσό: \$ \_\_\_\_\_

Ρεύμα, νερό, κ.λπ.	\$ _____	Ασφάλεια (αυτοκινήτου/ζωής/ακινήτου)	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____
Διατροφή συζύγου/παιδιών	\$ _____	Ασφάλιστρο υγείας	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____
Φροντίδα παιδιών	\$ _____	Λογαριασμοί περιθαλψής	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____
Βενζίνη, τρόφιμα, ρούχα	\$ _____	Φάρμακα	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____

15. ΕΚΧΩΡΗΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ <span style="float: right;"><i>Διαβάστε προσεκτικά</i></span>
--

Υπογράφοντας παρακάτω εξουσιοδοτώ το αίτημα λήψης της αναφοράς της πιστοληπτικής μου ικανότητας ή και φορολογικής δήλωσης. Κατανοώ ότι η φορολογική δήλωση χρειάζεται για την επεξεργασία της παρούσας αίτησης και ότι μπορεί να μου ζητηθούν περισσότερα στοιχεία πριν καθοριστεί η επιλεξιμότητά μου. Σε περίπτωση που δεν έχω γνωστοποιήσει πλήρως ή έχω δηλώσει με ανακρίβεια, οποιοδήποτε εισόδημα ή περιουσιακά στοιχεία, οποιαδήποτε συμφωνία για να σας παρασχεθεί έκπτωση οικονομικής βοήθειας (charitable care) θα ήταν άκυρη και ανεκτέλεστη και θα ήταν αναδρομική με ισχύ από την ημερομηνία οφειλής των λογαριασμών. Μπορεί να είμαι υπεύθυνος για οποιοσδήποτε/όλες τις νομικές αμοιβές κατά τη διάρκεια της διαδικασίας είσπραξης.

Όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού που υπογράφουν παρακάτω εξουσιοδοτούν την κοινοποίηση ιατρικών, οικονομικών ή πληροφοριών απασχόλησης, οι οποίες σχετίζονται απευθείας με την υγεία ή την επιλεξιμότητα οικονομικής βοήθειας. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να κοινοποιηθούν σε παρόχους υγείας από τους οποίους τα μέλη του νοικοκυριού έχουν επιδιώξει υπηρεσίες υγείας ή οικονομική βοήθεια. Όλα τα στοιχεία που παρέχονται θα παραμείνουν εμπιστευτικά σύμφωνα με τις διατάξεις των ομοσπονδιακών κανονισμών HIPAA. Οι προαιρετικές διαδικασίες ενδεχομένως να μην θεωρηθούν κατάλληλες για βοήθεια.

Συμφωνώ ότι θα επιστρέψω το πλήρες ποσό οικονομικής βοήθειας που θα μου χορηγηθεί, εάν λάβω πληρωμή οποιουδήποτε είδους για τις ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από αυτή την αίτηση, για παράδειγμα πληρωμές για ασφάλιση, πληρωμές κρατικών προγραμμάτων, αποζημίωση από αγωγή ή οποιαδήποτε άλλη πληρωμή.

Εάν λάβω Οικονομική Βοήθεια, συμφωνώ να ενημερώσω τον οργανισμό στον οποίο υπέβαλα αίτηση πρώτα για τυχόν αλλαγές, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επιλεξιμότητα, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στο μέγεθος οικογένειας, στο εισόδημα και στην κάλυψη ασφάλισης υγείας. Κατανοώ ότι εάν η ιατρική κατάστασή μου/μας αλλάξει ότι μπορεί να είμαι επιλέξιμος/οι για ένα πρόγραμμα κρατικής βοήθειας, θα χρειαστεί να υποβάλω αίτηση για το συγκεκριμένο πρόγραμμα και να παράσχω απόδειξη της αίτησης.

Υπογραφή αιτούντα

Ημερομηνία

Υπογραφή αιτούντα

Ημερομηνία