

Poštovani podnosiocē 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 lokaciji u Dartmouth-Hitchcock-u, Cheshire Medical Center ili Alice Peck Day Memorial Hospital. Molimo odgovorite na sva pitanja koja se odnose na vas ili vaše domaćinstvo. Sve informacije koje navedete su povjerljive i pregledava ih samo osoblje 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 već 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kopije svih najnovijih oblika W-2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kopije tri (3) najnovije isplate zarade ili izjavu poslodav(a)ca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kopije tri (3) najnovija bankovna izvješća (npr. štednja, čekovi, novčani fondovi na tržištu, IRA, 401K itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kopije izvoda o nezaposlenosti i naknadi invalidnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kopije socijalnog osiguranja i/ili penzije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kopija dodjele markica za hranu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kopije izvora dividendi, povjerilačkih fondova i izvještaja o porezu na imovinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kopije obavijesti o državnoj pomoći;		
Obavijesti Ministarstva zdravstva i ljudskih usluga (sve stranice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid <i>Spend Down</i> pisma, kopije demantija iz Medicaida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obavijesti iz Premium plana(ova) pomoći i osiguranja od tržišta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Lokalno: (603) 650-6222	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 Lokalno: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
--	---	---	--	---	--

Nastavićete biti finansijski odgovorni za sve usluge koje primite dok se ne primi Vaša popunjena aplikacija. Ako se niste čuli s nama 30 dana nakon povratka prijave ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju prijave, nazovite jednog od naših advokata za pacijente na (844) 647-6436.

Radno vrijeme je od 9:00 do 16:30, ponedjeljak - petak.

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

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Dr. PFS: Nivo 3 FAA
Lebanon, NH 03766
FAKS: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
580-590 Court St. PFS: FAA
Keene, NH 04431
FAKS: (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive FAA
Lebanon, NH 03756
FAKS: (603) 650-6142

Zahtjev za financijsku pomoć

Alice Peck Day Memorial Hospital
Na ruke: FAA
10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

1. Informacije o pacijentu:

Prezime	Ime	Srednji inicijali	Broj socijalnog osiguranja	Datum rođenja
Adresa ulice	Grad	Država	Pošanski broj	Dužina vremena na adresi
Pošanska adresa	Grad	Država	Pošanski broj	
Broj kućnog telefona	Broj poslovnog telefona	<input type="checkbox"/> Sam(a) <input type="checkbox"/> U braku <input type="checkbox"/> Građanska unija	<input type="checkbox"/> Odojen/a <input type="checkbox"/> Razveden/a <input type="checkbox"/> Udovac/Udovica	<input type="checkbox"/> Američki državljanin <input type="checkbox"/> Stanovnik New Hampshirea

2. Osoba odgovorna za plaćanje računa

Prezime	Ime	Srednji inicijali	Odnos prema pacijentu	Broj socijalnog osiguranja
Adresa ako se razlikuje od adrese pacijenta	Broj kućnog telefona	Broj poslovnog telefona		
Naziv osiguravajućeg društva	Datum stupanja na snagu			

3. ****Molimo navedite SVE ljude koji žive u domaćinstvu, uključujući podnositelja zahtjeva:** Po potrebi koristite dodatni list papira

IME	ODNOS SA PACIJENTOM	DATUM ROĐENJA	SOC. SIGURNOSNI BR.	Prijava da/ne
1	Lično			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Je li to aplikacija za buduće ili prošle usluge? Buduće Prošle Datum(i) usluge(a): _____

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

Zdravstveno osiguranje (plan/naziv) _____, Račun za zdravstvenu štednju (krug) – Da Ne Tko: _____

Politika #/ID# _____ Odbitni iznos: _____

Medicare dio A _____, Medicare dio B _____ Prima pomoć za plaćanje Medicare dijela B _____ Tko: _____

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

Tko: _____ Ako je odgovor 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 Tko: _____

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 Tko: _____

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

13. INFORMACIJE O DOMAĆINSTVU	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 tada (___ / ___ / ___))	USD _____	USD _____	USD _____
Mirovina:	USD _____	USD _____	USD _____
(Soc. sigurnost, pansion, anuitet)			
Alimentacija/dječji doplatok:	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 CD računima	USD _____	USD _____	USD _____
IRA-ovi, 403B, 401K:			
Odrediti: _____	USD _____	USD _____	USD _____
Ostale uštede i investicije:			
Odrediti: _____	USD _____	USD _____	USD _____

Ostalo:

Automobil: Godina, marka, model? _____

Vozilo za rekreaciju: Godina, marka, model? _____

14. RASHODI KUĆANSTVA

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

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

Da li posjedujete nekretninu osim prebivališta? Da Ne Ako je odgovor da, vrijednost USD _____ Stanje hipoteke: USD _____

Ako je druga imovina posao, navedite adresu: _____

Mesečna isplata zajma: USD _____ Plaćeno: _____ Za: _____

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

Komunalije	USD _____	Osiguranje (Auto/Život/Imovina)	USD _____	Ostalo: _____	USD _____
Alimentacija/ Dječji doplatok	USD _____	Premija zdravstvenog osiguranja	USD _____	Ostalo: _____	USD _____
Njega djeteta	USD _____	Zdravstveni računi	USD _____	Ostalo: _____	USD _____
Život (plin, hrana, odjeća)	USD _____	Lijekovi	USD _____	Ostalo: _____	USD _____

15. USTAVA PRAVA <i>Pažljivo pročitajte</i>

Potpisivanjem u nastavku autorizujem 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 netočno 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 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/la 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/na za program javne pomoći, morat ću se prijaviti na taj program i pružiti dokaz o prijavi.

Potpis podnosioca zahteva	Datum	Potpis podnosioca zahteva za CO	Datum
---------------------------	-------	---------------------------------	-------