

Αγαπητή/έ Αιτούντα:

Εάν η πληρωμή των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να δημιουργήσει οικονομικές δυσκολίες για εσάς, παρακαλούμε συμπληρώστε αυτή την αίτηση. Αυτή η αίτηση θα μας βοηθήσει να καθορίσουμε την δυνατότητά μας να μειώσουμε αυτές τις δαπάνες για υπηρεσίες που παρέχονται σε οποιαδήποτε τοποθεσία της Dartmouth-Hitchcock, του Cheshire Medical Center ή του Alice Peck Day Memorial Hospital. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις που ισχύουν για εσάς ή το οικιακό σας περιβάλλον. Οι πληροφορίες που παρέχετε είναι εμπιστευτικές και εξετάζονται μόνο από το προσωπικό που επεξεργάζεται την αίτησή σας.

Εάν έχετε ασφάλιση, μπορεί επίσης να είστε επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια με άλλους συμμετέχοντες παρόχους του Δικτύου Υγειονομικής Πρόσβασης του New Hampshire (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 παιδιά και ενήλικους που δεν καλύπτονται επαρκώς στην πολιτεία του New Hampshire.

Πριν από τη χορήγηση οποιασδήποτε οικονομικής βοήθειας, πρέπει να έχετε ήδη εξαντλήσει όλες τις άλλες πηγές πληρωμών, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης, της δημόσιας βοήθειας, της δικαστικής διαδικασίας ή της ευθύνης τρίτων. Χρησιμοποιήστε την παρακάτω λίστα ελέγχου για να βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπεριλάβει όλες τις πληροφορίες.

	Απαιτείται	Δ/Δ
1. Ένα πλήρες αντίγραφο της πιο πρόσφατης Δήλωσης Ομοσπονδιακού Φόρου Εισοδήματος και όλων των παραρτημάτων της.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αντίγραφα όλων των πιο πρόσφατων εντύπων W-2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αντίγραφα των τριών (3) πιο πρόσφατων αποκομμάτων πληρωμής μισθοδοσίας ή μια σχετική δήλωση από τον εργοδότη(ες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Αντίγραφα των τριών (3) πιο πρόσφατων τραπεζικών καταστάσεων (π.χ. λογαριασμοί ταμειυτηρίου, επιταγών, χρηματαγοράς, IRA, 401K κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αντίγραφα καταστάσεων επιδομάτων ανεργίας, παροχών αναπηρίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Αντίγραφα παροχών κοινωνικής ασφάλισης ή/και συντάξεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Αντίγραφο κατανομής Κουπονιών Τροφίμων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Αντίγραφα πηγών μερισμάτων, κεφαλαίων καταπιστευμάτων και καταστάσεων φόρων ακινήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Αντίγραφα κοινοποιήσεων κρατικής βοήθειας:		
Κοινοποιήσεις του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικών Υπηρεσιών (όλες οι σελίδες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιστολές «Medicaid Spend Down», αντίγραφα κοινοποιήσεων απόρριψης αποζημίωσης της Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κοινοποιήσεις από προγράμματα βοήθειας πληρωμής ασφαλίσεων (Premium Assistance Plans) και ασφαλιστικών προγραμμάτων του Marketplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Dartmouth-Hitchcock Medical Center	Dartmouth-Hitchcock Concord	Dartmouth-Hitchcock Manchester	Dartmouth-Hitchcock Nashua	Dartmouth-Hitchcock Keene	Alice Peck Day Memorial Hospital
One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Τοπικό: (603) 650-6222	253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	580-590 Court Street Keene, NH 03431 Τοπικό: (603) 354-5430	10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579

Θα συνεχίσετε να είστε οικονομικά υπεύθυνοι για οποιοδήποτε υπηρεσίες λάβετε έως ότου ληφθεί η συμπληρωμένη σας αίτηση. Εάν δεν έχετε λάβει απάντηση από εμάς σε 30 ημέρες μετά την επιστροφή της αίτησής σας ή χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση της αίτησης, καλέστε έναν από τους Συμβούλους Ασθενών μας στο (844) 647-6436.

Οι ώρες γραφείου είναι 9:00 π.μ. - 4:30 μ.μ., Δευτέρα - Παρασκευή.

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

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

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

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

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας

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

1. Πληροφορίες ασθενούς:

Επώνυμο	Κύριο όνομα	Πατρώνυμο	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης	Ημερομηνία γέννησης
Οδός και αριθμός	Πόλη	Κράτος	Ταχ. Κώδ.	Διάρκεια παραμονής σε αυτή τη διεύθυνση
Ταχυδρομική διεύθυνση	Πόλη	Κράτος	Ταχ. Κώδ.	
Αρ. τηλεφώνου οικίας	Αρ. τηλεφώνου εργασίας	<input type="checkbox"/> Άγαμος/η	<input type="checkbox"/> Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/> Αστική Ένωση
		<input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/> Χωρισμένος/η	<input type="checkbox"/> Χήρος/α
		<input type="checkbox"/> Πολίτης των ΗΠΑ	<input type="checkbox"/> Κάτοικος του New Hampshire	

2. Υπεύθυνος για την πληρωμή του λογαριασμού

Επώνυμο	Κύριο όνομα	Πατρώνυμο	Σχέση με τον ασθενή	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης
Διεύθυνση εάν είναι διαφορετική από αυτήν του ασθενούς	Αρ. τηλεφώνου οικίας	Αρ. τηλεφώνου εργασίας		
Όνομα της ασφαλιστικής εταιρείας	Ημερομηνία ισχύος			

3. ** Παρακαλούμε αναφέρετε ΟΛΑ τα άτομα που ζουν στο οικιακό σας περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένου του αιτούντος:

Χρησιμοποιήστε πρόσθετο φύλλο χαρτιού αν χρειαστεί

ΟΝΟΜΑ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΡ. ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Υποβάλετε αίτηση Ναι/Όχι

Ο ΙΔΙΟΣ/Η ΙΔΙΑ

2

3

4

5

6

4. Προορίζεται αυτή η αίτηση για μελλοντικές ή προηγούμενες υπηρεσίες; Μελλοντική(ες) Προηγούμενη(ες)
Ημερομηνία(ες) Παροχής Υπηρεσιών: _____

5. Συμπληρώστε εάν κάποιος στο οικιακό σας περιβάλλον έχει ασφάλιση:

Ασφάλιση υγείας (Πρόγραμμα/Όνομα) _____, Λογαριασμός αποταμιεύσεων υγείας (βάλτε σε κύκλο) - Ναι Όχι Ποιος: _____

Αρ. ID Πολιτικής Εκπιπτόμενο ποσό: _____

Medicare Part A _____, Medicare Part B _____ Λαμβάνει βοήθεια για την πληρωμή του Medicare Part B _____ Ποιος: _____

6. Έχει αιτηθεί κάποιος στο νοικοκυριό σας Medicaid; Ναι Όχι

Ποιος: _____ Εάν ναι, και η αίτηση απορρίφθηκε, παρέχετε ένα αντίγραφο της κοινοποίησης απόρριψης από την Medicaid.

7. Έχετε υποβάλει αίτηση για οικονομική βοήθεια σε άλλη μονάδα; Ναι Όχι Εάν ναι, πού: _____

8. Είναι έγκυος κάποιος στο οικιακό σας περιβάλλον; Ναι Όχι

9. Έχει υπηρετήσει κάποιος στο οικιακό σας περιβάλλον στις ένοπλες δυνάμεις; Ναι Όχι Ποιος: _____

10. Έχετε καταθέσει πρόσφατα μία αξίωση αποζημίωσης εργαζομένων ή απαίτηση λόγω τροχαίου ατυχήματος; Ναι Όχι Ημερομηνία: _____

11. Είναι οποιοσδήποτε στο οικιακό σας περιβάλλον επιλέξιμος για παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης; Ναι Όχι Ποιος: _____

12. Κάποιος άλλος δηλώνει εσάς στη φορολογική του/της δήλωση ως εξαρτώμενο μέλος; Ναι Όχι Ποιος: _____

13. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	ΑΤΟΜΟ 1	ΑΤΟΜΟ 2	ΑΤΟΜΟ 3
--	---------	---------	---------

* ΟΝΟΜΑ του κάθε μέλους του οικιακού περιβάλλοντος:

--	--	--	--

Όνομα εργοδότη:

--	--	--	--

Ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα από:

Εργασιακή απασχόληση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Αυτο-απασχόληση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Επενδυτικοί λογαριασμοί:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ενοικιαζόμενα ακίνητα:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ανεργία: (από (_ / _ / _))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Συνταξιοδότηση:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(Αρ. Κοινωνικής Ασφάλισης, Σύνταξη, Μηνιαία πρόσοδος)			
Διατροφή / Υποστήριξη παιδιών:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Δημόσια βοήθεια, Κουπόνια τροφίμων:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Άλλο εισόδημα:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Αποταμιεύσεις και επενδύσεις:

Υπόλοιπα λογαριασμών επιταγών	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Υπόλοιπα λογαριασμών αποταμιεύσεων και CD	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, 403B, 401K:			
Προσδιορίστε: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Άλλες αποταμιεύσεις και επενδύσεις:			
Προσδιορίστε: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Άλλο:

Αυτοκίνητο: Έτος, Μάρκα, Μοντέλο;			
Ψυχαγωγικό όχημα: Έτος, Μάρκα, Μοντέλο;			

14. ΕΞΟΔΑ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Μηνιαία πληρωμή ενοικίου: \$ _____ ή Πληρωμή υποθήκης: \$ _____ Υπόλοιπο ενυπόθηκου δανείου \$ _____

Ποσό φόρου ακίνητης περιουσίας που δεν περιλαμβάνεται στο ποσό πληρωμής παραπάνω: \$ _____ Αξία του σπιτιού: \$ _____

Διαθέτετε ακίνητα εκτός από την κύρια κατοικία σας; Ναι Όχι Εάν Ναι, Αξία \$ _____ Υπόλοιπο υποθήκης: \$ _____

Εάν ένα άλλο ακίνητο αποτελεί επιχείρηση, αναφέρετε τη διεύθυνση: _____

Μηνιαία πληρωμή ενοικίου: \$ _____ Πληρωμή στον/στην: _____ Για: _____

Medicare Μέρος D που εκπίπτει από την επιταγή Κοινωνικής Ασφάλισης: Ναι Όχι Ποσό: \$ _____

Υπηρεσίες κοινής ωφελείας	\$ _____	Ασφαλίσεις (Αυτοκίνητο/ Ζωή/ Περιουσιακά στοιχεία)	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____
Διατροφή / Υποστήριξη παιδιών:	\$ _____	Ασφάλιστρο ασφάλισης υγείας	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____
Παιδική φροντίδα	\$ _____	Λογαριασμοί Υγειονομικής Περίθαλψης	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____
Έξοδα διαβίωσης (φυσικό αέριο, τρόφιμα, ρούχα)	\$ _____	Φαρμακευτικές αγωγές	\$ _____	Άλλο: _____	\$ _____

15. ΕΚΧΩΡΗΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ Διαβάστε προσεκτικά
--

Υπογράφοντας παρακάτω, εξουσιοδοτώ το αίτημα για την αναφορά της πιστοληπτικής μου φερεγγυότητας ή/και φορολογική δήλωση. Κατανοώ ότι μια φορολογική δήλωση είναι απαραίτητη για την επεξεργασία αυτής της αίτησης και ότι μπορεί να ζητηθούν περισσότερες πληροφορίες πριν να μπορεί να προσδιοριστεί η επιλεξιμότητά μου. Σε περίπτωση που δεν γνωστοποιήσει πλήρως ή δήλωσα ανακριβώς οποιοδήποτε εισόδημα ή περιουσιακά στοιχεία, οποιαδήποτε συμφωνία να σας παρέχουμε φιλανθρωπική έκπτωση θα ήταν άκυρη και μη εφαρμόσιμη και θα ήταν αναδρομική από την ημερομηνία που οφείλονταν οι λογαριασμοί. Μπορεί να είμαι υπεύθυνος για οποιαδήποτε/ όλα τα νομικά έξοδα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας είσπραξης.

Όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού που υπογράφουν παρακάτω, εξουσιοδοτούν την αποδέσμευση οποιωνδήποτε ιατρικών, οικονομικών ή επαγγελματικών πληροφοριών που σχετίζονται άμεσα με την υγειονομική τους περίθαλψη ή με την επιλεξιμότητά τους για οικονομική βοήθεια. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να διανεμηθούν σε οποιονδήποτε πάροχο υγειονομικής περίθαλψης από τον οποίο τα μέλη του νοικοκυριού έχουν ζητήσει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ή οικονομική βοήθεια. Όλες οι πληροφορίες που παρέχονται θα παραμείνουν εμπιστευτικές, σύμφωνα με τις διατάξεις των ομοσπονδιακών κανονισμών της HIPAA. Οι επιλεκτικές διαδικασίες ενδέχεται να μην λαμβάνονται υπόψη για βοήθεια.

Συμφωνώ ότι θα εξοφλήσω ολόκληρη την οικονομική βοήθεια εάν λάβω πληρωμή οποιουδήποτε είδους για τις ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτει η παρούσα αίτηση, για παράδειγμα ασφαλιστικές πληρωμές, πληρωμές κρατικών προγραμμάτων, αποζημίωση από μια αγωγή ή οποιαδήποτε άλλη πληρωμή.

Εάν λάβω Οικονομική Βοήθεια, συμφωνώ να ενημερώσω τον οργανισμό όπου υπέβαλα αίτηση για πρώτη φορά για οποιοσδήποτε αλλαγές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επιλεξιμότητα, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στο μέγεθος της οικογένειας, το εισόδημα και την ασφάλιση υγείας. Κατανοώ ότι εάν η ιατρική κατάσταση μου/μας κατάσταση αλλάξει, ώστε να είμαι επιλέξιμος για ένα πρόγραμμα δημόσιας βοήθειας, θα χρειαστεί να υποβάλω αίτηση σε αυτό το πρόγραμμα και να σας προσκομίσω την απόδειξη της αίτησης.

Υπογραφή αιτούντος

Ημερομηνία

Υπογραφή συν-αιτούντος

Ημερομηνία