

Հարգելի հիվանդ

Կից ներկայացված է ֆինանսական օգնության հայտը Mount Auburn Hospital-ի համար: Խնդրում ենք լրացնել ամբողջությամբ և վերադարձնել բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերով: Թերի դիմումները կարող են հանգեցնել ֆինանսական օգնության մերժման:

Հայտը վերադարձնելու վերջնաժամկետը ֆինանսական օգնություն ակնկալող ծառայությունների դիմաց ստացած առաջին հաշիվը ներկայացնելու օրվանից 240 օր է:

Mount Auburn Hospital-ը և նրանց մասնաճյուղերը, նվիրված են ֆինանսական աջակցություն տրամադրել հիվանդներին, ովքեր ունեն առողջապահական կարիքներ և ապահովագրված չեն, թերի են ապահովագրված, իրավասու չեն պետական ծրագրի կամ չեն կարող վճարել բժշկական անհրաժեշտ խնամքի համար՝ կախված իրենց ֆինանսական վիճակից:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք կապվել ֆինանսական խորհրդատվության բաժանմունքի հետ ստորև նշված համարով:

Ծնորհակալություն:

Դիմումը վերադարձրեք՝

Ֆինանսական խորհրդատվության բաժանմունք
330 Mount Auburn Street, Clark Building, 2nd Floor
Cambridge, MA 02138
(617)- 499-5560

Ֆինանսական աջակցության դիմում բարեգործական խնամքի համար

Խնդրում ենք տպել

Այսօրվա ամսաթիվը _____

Սոցիալական ապահովության # _____

Բժշկական քարտի համարը _____

Հիվանդի անունը _____

Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը _____

Հասցե _____
 Փողոց _____ Բնակարան թիվ _____

_____ Բաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս _____

Հիվանդանոցում ծառայություն ստանալու պահին հիվանդն ունեցե՞լ է բժշկական ապահովագրություն կամ Medicaid **:

Այո Ոչ

Եթե «Այո», կցեք ապահովագրական քարտի պատճենը (առջևի և հետևի) և լրացրեք հետևյալը՝

Ապահովագրական ընկերության անվանումը _____

Բաղաքականության համարը _____

Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը _____

Ապահովագրական ընկերության հեռախոսահամարը _____

** Նախքան ֆինանսական օգնության դիմելը, դուք պետք է դիմած լինեք Medicaid-ին վերջին 6 ամսվա ընթացքում և պետք է ներկայացնեք մերժման ապացույցը

Նշում. Ֆինանսական աջակցություն կարող է չտրամադրվել, եթե ընտանեկան բժշկական ծախսերի համար նախատեսված առողջապահական խնայողական հաշիվ (HSA), առողջության փոխհատուցման հաշիվ (HRA), ճկուն ծախսերի հաշիվ (FSA) կամ նման միջոցներ են հաստատվել: Նախքան օգնություն տրամադրելը, անհրաժեշտ է վճարում կատարել որևէ հաստատված հաշվից:

Ֆինանսական աջակցության դիմելու համար լրացրեք հետևյալը.

Նշեք ընտանիքի բոլոր անդամներին, այդ թվում՝ հիվանդին, ծնողներին, երեխաներին և/կամ եղբայրներին ու քույրերին՝ հարազատ կամ որդեգրված, մինչև 18 տարեկան տանը բնակվող անձանց

Ընտանիքի անդամ	Տարիք	Հիվանդի հետ ազգակցական կապը	Եկամտի աղբյուրը կամ գործատուի անուն	Ամսական համախառն եկամուտ
1.				
2.				
3.				

4.				
----	--	--	--	--

Բացի բժշկական դժվարությունների վերաբերյալ ֆինանսական աջակցության դիմումից, անհրաժեշտ է նաև սույն դիմումին կցել հետևյալ փաստաթղթերը.

- Ընթացիկ պետական կամ դաշնային հարկային հայտարարագրեր
- Ընթացիկ W-2 ձևերը և/կամ 1099 ձևերը
- Վերջին չորս աշխատավարձերի տեղեկագրերը
- Չորս ամենավերջին ընթացիկ և/կամ խնայողական հաշվի քաղվածքներ
- Առողջապահական խնայողական հաշիվներ
- Առողջապահության ծախսերի փոխհատուցման ծրագրեր
- Ճկուն վճարային հաշիվներ
- Բոլոր բժշկական հաշիվների պատճենները

Եթե դրանք հասանելի չեն, խնդրում ենք զանգահարել ֆինանսական խորհրդատվության բաժին (617) 499-5560 հեռախոսահամարով քննարկելու այլ փաստաթղթեր, որոնք կարող եք տրամադրվել:

Ստորև իմ ստորագրությամբ հաստատում եմ, որ ուշադիր ծանոթացել եմ ֆինանսական աջակցության քաղաքականությանը և դիմումին, և որ այն ամենը, ինչ ես նշել եմ կամ կցված ցանկացած փաստաթուղթ, իմ գիտելիքների չափով ճշմարիտ է: Ես հասկանում եմ, որ ֆինանսական օգնություն ստանալու համար գիտակցաբար կեղծ տեղեկատվություն ներկայացնելը անօրինական է:

Դիմողի ստորագրությունը _____

Հիվանդի հետ ազգակցական կապը _____

Լրացման ամսաթիվը _____

Եթե ձեր եկամուտը որևէ ձևով ավելացել է կամ այս դիմումի մեջ նշել եք \$ 0,00 եկամուտ, ապա կխնդրեք ձեզ և ձեր ընտանիքին օգնող անձին/անձանց՝ լրացնել աջակցության դիմումը ստորև:

Աջակցության հաստատում
 Ես հիվանդի/պատասխանատուի կողմից ճանաչվել եմ որպես ֆինանսական աջակցություն տրամադրող: Ստորև բերված է այն ծառայությունների և օգնությունների ցանկը, որոնք ես տրամադրում եմ:

Ստորև ես ստուգում և հաստատում եմ, որ տրամադրված ողջ տեղեկատվությունը իմ գիտելիքների չափով ճշմարիտ է և ճիշտ: Ես հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությունը ինձ ֆինանսապես չի պարտավորեցնում հոգալ հիվանդի բժշկական ծախսերը:

Ստորագրություն _____

Լրացման ամսաթիվը _____

Խնդրում ենք սպասել լրացված հայտը ստանալու օրվանից 30 օր՝ իրավասությունը որոշելու համար: Իրավասու համարվելու դեպքում ֆինանսական աջակցությունը տրամադրվում է հաստատման օրվանից սկսած վեց ամսվա ընթացքում և գործում է Beth Israel Lahey Health-ի մասնաճյուղերում, ինչպես նշված է համապատասխան ֆինանսական աջակցության քաղաքականության Հավելված 5-ում:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Միայն անձնակազմի համար	
Դիմում ստացել է՝	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Դիմումի ստացման ամսաթիվը	