

Αγαπητέ Ασθενή,

Συνημμένη είναι η Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας του Mount Auburn Hospital. Παρακαλούμε συμπληρώστε τη στο σύνολό της και επιστρέψτε την με όλα τα απαραίτητα έγγραφα. Οι ελλιπείς αιτήσεις ενδέχεται να οδηγήσουν σε απόρριψη οικονομικής βοήθειας.

Η προθεσμία για την επιστροφή της αίτησης είναι 240 ημέρες από την πρώτη δήλωση χρέωσης για τις υπηρεσίες στις οποίες ζητείται οικονομική βοήθεια.

Το Mount Auburn Hospital και οι συνεργάτες του είναι αφοσιωμένοι στην παροχή οικονομικής βοήθειας σε ασθενείς που έχουν ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και δεν είναι ασφαλισμένοι, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για κυβερνητικό πρόγραμμα ή δεν μπορούν να πληρώσουν με άλλο τρόπο για την απαραίτητη ιατρική φροντίδα βάσει της ατομικής τους οικονομικής κατάστασης.

Εάν έχετε απορίες, επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο στον αριθμό που αναφέρεται παρακάτω.

Ευχαριστούμε.

Επιστρέψτε την Αίτηση στο:
Mount Auburn Hospital Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων
330 Νοσοκομείο Anna Jaques, Clark Building, Δεύτερος Όροφος
Cambridge, MA 02138
Phone: (617) 499-5560

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας για Κοινωνική Μέρμινα

Παρακαλώ Εκτυπώστε

Σημερινή Ημερομηνία: _____ Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης _____

Αριθμός Μητρώου: _____

Όνομα Ασθενούς: _____

Διεύθυνση: _____

Οδός

Αρ.Διαμ.

Πόλη

Νομός

Τ.Κ.

Ημερομηνία Νοσοκομειακών Υπηρεσιών: _____ Ημερομηνία Γέννησης
Ασθενούς _____

Είχε ο ασθενής ασφάλιση υγείας ή Medicaid** κατά τη διάρκεια των νοσοκομειακών υπηρεσιών;

Ναι Όχι

Εάν "Ναι", επισυνάψτε αντίγραφο της κάρτας ασφάλισης (εμπρός και πίσω) και συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: _____ Αριθμός Πολιτικής: _____

Ημερομηνία Ισχύος: _____ Τηλέφωνο Ασφάλειας: _____

** Πριν από την υποβολή αίτησης για οικονομική βοήθεια, πρέπει να έχετε υποβάλει αίτηση για Medicaid τους τελευταίους 6 μήνες και θα πρέπει να δείξετε απόδειξη απόρριψης.

Σημείωση: Η Οικονομική Βοήθεια για Ιατρική Φροντίδα ενδέχεται να μην ισχύει εάν έχει δημιουργηθεί λογαριασμός ταμειωτηρίου υγείας (HSA), λογαριασμός επιστροφής χρημάτων υγείας (HRA), λογαριασμός ευέλικτων δαπανών (FSA) ή παρόμοιο ταμείο που προορίζεται για οικογενειακά ιατρικά έξοδα. Η πληρωμή από οποιοδήποτε ταμείο απαιτείται πριν από την παροχή βοήθειας.

Για να υποβάλετε αίτηση για ιατρική βοήθεια, συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Αναφέρετε όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των γονέων, των παιδιών ή / και των αδελφών, φυσικών ή υιοθετημένων, κάτω των 18 ετών που ζουν στο σπίτι.

Μέλος Οικογένειας	Ηλικία	Σχέση με τον Ασθενή	Πηγή Εισοδήματος ή Όνομα Εργοδότη	Μηνιαίο Ακαθάριστο Εισόδημα
1.				
2.				
3.				
4.				

Εκτός από την Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας χρειαζόμαστε επίσης τα ακόλουθα έγγραφα που πρέπει να επισυνάπτονται σε αυτήν την αίτηση:

- Τρέχουσες δηλώσεις φόρου εισοδήματος
- Πρόσφατες Δηλώσεις W2 και/η Έντυπα 1099

- Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα μισθοδοσίας
- Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα λογαριασμού μισθοδοσίας ή / και ταμειυτηρίου
- Διακανονισμοί οφειλών υγείας
- Αποταμιευτικός λογαριασμός υγείας
- Ευέλικτοι λογαριασμοί δαπανών
- Αντίγραφα όλων των ιατρικών λογαριασμών

Εάν αυτά δεν είναι διαθέσιμα, καλέστε τη Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων στο 499-5560 για να συζητήσετε άλλα έγγραφα που μπορείτε να παρέχετε.

Με την υπογραφή μου παρακάτω, βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει προσεκτικά την Πολιτική και την Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας και ότι όλα όσα έχω δηλώσει ή οποιαδήποτε τεκμηρίωση έχω επισυνάψει είναι αληθή και σωστά από όσο γνωρίζω. Κατανοώ ότι είναι παράνομο να υποβάλω εν γνώσει μου ψευδείς πληροφορίες για να λάβω οικονομική βοήθεια.

Υπογραφή Αιτούντα: _____

Σχέση με τον Ασθενή: _____

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: _____

Εάν το εισόδημά σας συμπληρωθεί με οποιονδήποτε τρόπο ή αναφέρατε εισόδημα 0,00 € σε αυτήν την αίτηση, συμπληρώστε την παρακάτω δήλωση υποστήριξης από τα άτομα που παρέχουν βοήθεια σε εσάς και την οικογένειά σας.

Δήλωση Υποστήριξης

Έχω αναγνωριστεί από τον ασθενή / υπεύθυνο μέρος ως οικονομική υποστήριξη. Ακολουθεί μια λίστα υπηρεσιών και υποστήριξης που παρέχω.

Πιστοποιώ και επαληθεύω ότι όλες οι πληροφορίες που δίνονται είναι αληθείς και σωστές από όσο γνωρίζω. Κατανοώ ότι η υπογραφή μου δεν θα με κάνει οικονομικά υπεύθυνο για τα ιατρικά έξοδα του ασθενούς.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία Συμπλήρωσης: _____

Παρακαλούμε περιμένετε 30 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής της συμπληρωμένης αίτησης για προσδιορισμό της επιλεξιμότητας.

Εάν κριθείτε κατάλληλοι, η βοήθεια χορηγείται για έξι μήνες από την ημερομηνία έγκρισης και ισχύει για όλους τους συνεργάτες της Beth Israel Lahey Health, όπως ορίζεται στο Παράρτημα 5 των αντίστοιχων Πολιτικών Οικονομικής Βοήθειας:

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

Μόνο Προσωπικό.
 Η Αίτηση παραλήφθηκε
 από:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 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"/> |

Ημερομηνία
 Παραλαβής:

