

Αγαπητέ Ασθενή,

Συνημμένη είναι η Αίτηση Ιατρικής Βοήθειας του Νοσοκομείου 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 είναι ανασφάλιστοι, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για κυβερνητικό πρόγραμμα ή δεν μπορούν με άλλον τρόπο να πληρώσουν για την απαραίτητη ιατρική φροντίδα βάσει της ατομικής τους οικονομικής κατάστασης.

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

Ευχαριστούμε.

Επιστρέψτε την Αίτηση στο:

Mount Auburn Hospital\_Τμήμα Χρηματοοικονομικής Συμβουλευτικής  
Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων  
330 Mount Auburn, Clark Building, Δεύτερος Όροφος  
Cambridge, MA 02138  
Αριθμός τηλεφώνου: (617) 499-5560

## Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας για Ιατρική Φροντίδα

### Παρακαλώ Εκτυπώστε

Σημερινή Ημερομηνία: \_\_\_\_\_ Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης \_\_\_\_\_

Αριθμός Μητρώου: \_\_\_\_\_

Όνομα Ασθενούς: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Οδός

Αρ.Διαμ.

Πόλη

Νομός

Τ.Κ.

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: \_\_\_\_\_

*Σημείωση: Η Οικονομική Βοήθεια για Ιατρική Φροντίδα ενδέχεται να μην ισχύει εάν έχει δημιουργηθεί λογαριασμός ταμιευτηρίου 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 Ιατρικής Φροντίδας 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.

Καταγράψτε όλα τα ιατρικά χρέη και δώστε αντίγραφα των λογαριασμών που πραγματοποιήθηκαν τους προηγούμενους δώδεκα μήνες:

Ημερομηνία παροχής	Τόπος Παροχής	Οφειλή
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Δώστε μια σύντομη εξήγηση για το γιατί η πληρωμή αυτών των ιατρικών λογαριασμών θα είναι μια δυσχέρεια:

---

---

---

---

---

---

---

---

Με την υπογραφή μου παρακάτω, βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που υποβάλλονται στην αίτηση είναι αληθείς όσο γνωρίζω, καταλαβαίνω και πιστεύω.

Υπογραφή Αιτούντα: \_\_\_\_\_

Σχέση με τον Ασθενή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: \_\_\_\_\_

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

άν 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

AGH

BayRidge

BIDMC

BID Milton

BID Needham

BID Plymouth

Beverly

LHMC

LMC Peabody

MAH

NEBH

WH

Ημερομηνία

Παραλαβής: