

ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

(Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι απαραίτητη εκτός αν έχει επισημανθεί διαφορετικά)

Όνοματεπώνυμο ασθενούς	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	*Αριθμός ατόμων στην οικία	Τελευταίο ετήσιο οικιακό εισόδημα (12 \$
Αν είστε ανήλικος/η, Όνοματεπώνυμο εγγυητή	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	Πηγή εισοδήματος εγγυητή	
Οικιακά οχήματα, περιλαμβάνονται (Προαιρετικό)	Υπόλοιπο λογαριασμού (Προαιρετικό)	Ακίνητα ιδιότητα και (Προαιρετικό)	ΠΚ/ Συνταξιοδότηση/ (Προαιρετικό)	Άλλα περιουσιακά στοιχεία (Προαιρετικό)
Διεύθυνση ασθενούς		Τηλέφωνο οικίας	Αν το εισόδημα είναι μηδενικό (\$0), σημειώστε όλα όσα ισχύουν:	
Πόλη, Πολιτεία, Ταχ. κώδικας		Εναλλακτικός αριθμός τηλεφώνου		Ζει με συγγενή(είς)
				Ζει με φίλο(ους)
				Συνταξιούχος
				Άνεργος(η)
				Άτομο με αναπηρία
				Άστεγος(η)

Παρακαλούμε διαβάστε πριν υπογράψετε. Εγώ ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ ότι τα στοιχεία που έχω παρέχει είναι αληθινά και ακριβή από όσο μπορώ να γνωρίζω. Προσωπικά, ανεξάρτητα ή με τη βοήθεια του προσωπικού του νοσοκομείου θα παρέχω ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ και ΚΑΘΕ ΒΟΗΘΕΙΑ τυχόν είναι διαθέσιμη μέσω ομοσπονδιακών, πολιτειακών, τοπικών κρατικών και ιδιωτικών πηγών με σκοπό να βοηθήσω στην πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου. Κατανώ ότι αν δεν συνεργαστώ με τον νοσοκομειακό πάροχο στο να παρέχω τα αιτούμενα στοιχεία, η αίτησή μου για πιθανή οικονομική βοήθεια ενδέχεται να απορριφθεί. Με το παρόν χορηγώ άδεια και αξουσιοδότηση σε κάθε εξουσιοδοτημένο παράγοντα του προγράμματος Medicaid για να αποκαλύψει στον νοσοκομειακό μου πάροχο ΟΛΑ τα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της προσωπικής μου αίτησης Medicaid και σε περίπτωση μη έγκρισης της αίτησης και τον λόγο απόρριψής της. ΠΑΡΑΧΩΡΩ στον νοσοκομειακό μου πάροχο ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ που λαμβάνω από τις παραπάνω πηγές, με σκοπό να βοηθήσω στην πληρωμή αυτού του ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. Εγώ, με δική μου πρωτοβουλία, και για λογαριασμό των ενδιάμεσων μελών της οικογένειάς μου, εξουσιοδοτημένων αντιπροσώπων, ιατρών, συμβούλων (συμπεριλαμβανομένων κληρικών) και δικηγόρων, συμφωνώ να κρατήσω και να διατηρήσω σε απόλυτη εχεμύθεια οποιαδήποτε επικοινωνία και/ή προφορική συζήτηση μεταξύ εμού και του νοσοκομειακού μου παρόχου σχετικά με θέματα που συσχετίζονται με υπηρεσίες που μου παρέχονται από τον νοσοκομειακό μου πάροχο. Κατανώ ότι τα στοιχεία που υποβάλω υπόκεινται σε επαλήθευση από τον νοσοκομειακό μου πάροχο, συμπεριλαμβανομένων γραφείων πίστωσης, και υπόκεινται για εξέταση από ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΑ και/ή ΚΡΑΤΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ και άλλα ως απαιτείται. Εγώ, εξουσιοδοτώ τον εργαζόμενο μου να αποκαλύψει στον νοσοκομειακό μου πάροχο τεκμήρια του εισοδήματός μου. Κατανώ αν ότι οποιοδήποτε στοιχείο έχω παρέχει αποδειχθεί ότι είναι αναληθές, ο νοσοκομειακός μου πάροχος θα επανεξετάσει την οικονομική μου κατάσταση και θα προβεί σε κάθε απαραίτητη ενέργεια. Ως πλήρωση των προϋποθέσεων για ενίσχυση, απαιτείται τουλάχιστον ένα στοιχείο υποστηρικτικών εγγράφων που πιστοποιεί το οικιακό εισόδημα. Τα υποστηριζόμενα έγγραφα μπορούν να περιλαμβάνουν ενδεικτικά, την πιο πρόσφατη ετήσια επιστροφή φόρου, τωρινή δήλωση W-2, επικυρωμένη νομιμοποιητική πράξη, κ.λπ.. Αιτήσεις ενίσχυσης θα απορριφθούν σε περίπτωση μη απόδοσης των νομιμοποιητικών εγγράφων. Τα δικαιολογητικά έγγραφα μπορούν να περιλαμβάνουν ενδεικτικά, την πιο πρόσφατη ετήσια επιστροφή φόρου, τωρινή δήλωση W-2, επικυρωμένη νομιμοποιητική πράξη, κ.λπ. Αιτήσεις ενίσχυσης θα απορριφθούν σε περίπτωση μη απόδοσης των νομιμοποιητικών εγγράφων. Κάθε υπόλοιπο κεφαλαίου θα είναι υποψήφιο για περαιτέρω ενέργειες συλλογής. [Αιτούντες στην Πολιτεία της Φλόριντα: Φλόριντα, νομοθέτημα s.817.50 (1). Οποιοσδήποτε επίμονα και με πρόθεση να υπεξαίρει, αποκτήσει ή προσπαθήσει να αποκτήσει αγαθά, προϊόντα, εμπόρευμα ή υπηρεσίες από οποιοδήποτε νοσοκομείο σε αυτήν την πολιτεία είναι ένοχος για πλημμέλημα δευτέρου βαθμού, αξιόποιο όπως δηλώνεται στα s.775.082 ή s.775-083.]

Υπογραφή αιτούντος / εγγυητή

Ημερομηνία συμπλήρωσης

*Όταν υπολογίζετε τον αριθμό των ατόμων στην οικία σας, υπολογίζονται μόνο τα ακόλουθα άτομα: 1) Εξ αίματος συγγενείς που ζουν στην οικία, 2) Συγγενείς από γάμο που ζουν στην οικία, και 3) Συγγενείς από μονική υιοθεσία που ζουν στην οικία.

Greek

Μόνο για χρήση γραφείου

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
_____	_____	_____	_____	_____
Manager	Date	Director	Date	