

Έντυπο αίτησης οικονομικής βοήθειας



Σημαντικό: ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ή ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ: η συμπλήρωση αυτής της αίτησης θα βοηθήσει την AdventHealth να καθορίσει εάν μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες ή υπηρεσίες με έκπτωση ή άλλα δημόσια προγράμματα που μπορούν να σας βοηθήσουν να πληρώσετε για την ιατρική φροντίδα σας. Υποβάλετε αυτήν την αίτηση στη διεύθυνση που αναφέρεται στη συνοδευτική επιστολή.

ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΣ/Η ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ή ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ. Ωστόσο, ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης απαιτείται για ορισμένα δημόσια προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του Medicaid. Η παροχή αριθμού κοινωνικής ασφάλισης δεν απαιτείται, ωστόσο θα βοηθήσει την AdventHealth να καθορίσει εάν πληροίτε τα κριτήρια για κάποιο δημόσιο πρόγραμμα. Για ερωτήσεις σχετικά με την αίτηση που έχουν επισημανθεί ως «προαιρετικές», η απάντησή σας (ή η μη απάντηση) δεν θα επηρεάσει την έκβαση της αίτησης.

Συμπληρώστε αυτήν την αίτηση και υποβάλετέ την στην AdventHealth αυτοπροσώπως, ταχυδρομικώς, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή μέσω φαξ για να αιτηθείτε δωρεάν φροντίδα ή φροντίδα με έκπτωση το συντομότερο δυνατό μετά την ημερομηνία της υπηρεσίας. Θα δεχτούμε την αίτησή σας έως και 240 ημέρες μετά την πρώτη τιμολόγηση για τη φροντίδα σας. Υποβάλλοντας αυτήν την αίτηση, αναγνωρίζετε ότι έχετε καταβάλει κάθε προσπάθεια καλή τη πίστει, ώστε να παράσχετε όλες τις απαιτούμενες στην αίτηση πληροφορίες για να βοηθήσετε την AdventHealth να καθορίσει εάν ο ασθενής είναι επιλέξιμος για οικονομική βοήθεια. Αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τη διαδικασία αίτησης, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το τμήμα συμβουλευτικής για οικονομικά θέματα της AdventHealth, με ερωτήσεις ή προβληματισμούς στον αριθμό 844-652-0600.

Παράπονα ή προβληματισμοί σχετικά με τη διαδικασία αίτησης για έκπτωση ανασφάλιστων ασθενών ή τη διαδικασία οικονομικής βοήθειας από το νοσοκομείο μπορούν να αναφερθούν στο Γραφείο Υγειονομικής Περίθαλψης της Γενικής Εισαγγελίας του Ιλινόι. Η δωρεάν τηλεφωνική γραμμή του Γραφείου Υγειονομικής Περίθαλψης είναι 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Πληροφορίες ασθενούς

(Να εκτυπωθεί. Όλα τα πεδία πρέπει να συμπληρωθούν. Σημειώστε Δ/Ε εάν δεν έχει εφαρμογή σε οποιαδήποτε χωριστή γραμμή της αίτησης)

Ημερομηνία _____ Αριθμός λογαριασμού _____

Όνοματεπώνυμο _____

Ημερομηνία γέννησης _____ Οικογενειακή κατάσταση _____ Αριθμός τηλεφώνου _____

Προαιρετικά - Ταυτότητα φύλου – Θεωρείτε τον εαυτό σας: Άνδρα Γυναίκα Διεμφυλικό άνδρα/τρανς άνδρα/διαφυλικό άτομο γεννηθέν ως θήλυ (FTM) Διεμφυλική γυναίκα/τρανς γυναίκα/διαφυλικό άτομο γεννηθέν ως άρρεν (MTF) Άτομο έμφυλης ποικιλίας/μη συμμορφούμενο προς τα πρότυπα φύλου ούτε αποκλειστικά άρρεν ούτε θήλυ Πρόσθετη κατηγορία φύλου (ή άλλη)

Προαιρετικά - Ταυτότητα φύλου: Ποιο φύλο αναγραφόταν αρχικά στο πιστοποιητικό γέννησής σας: Άρρεν Θήλυ

Προαιρετικά - Φυλή: Λευκός/ή Μαύρος/η ή Αφροαμερικανός/Αφροαμερικανίδα Ινδιάνος/α ή Ιθαγενής της Αλάσκας Ινδός/ή Κινέζος/α Φιλιππινέζος/α Ιάπωνας/Ιαπωνέζα Κορεάτης/Κορεάτισσα Βιετναμέζος/α Άλλη φυλή Ασίας Ιθαγενής της Χαβάης Γουαμάνος/α ή Τσαμόρο Σαμοανός/ή Φυλή από άλλο νησί του Ειρηνικού

Προαιρετικά – Εθνότητα: Ισπανόφωνη, λατινική ή ισπανική καταγωγή Μεξικανός/ή, Μεξικανός/ή Αμερικής, Τσικάνο/α Πορτορικανός/ή

Κουβανός/ή Άλλη ισπανόφωνη, λατινική ή ισπανική καταγωγή

Προαιρετικά – Γλώσσα - Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός των αγγλικών στο σπίτι;: Ναι Όχι

Αν ναι, ποια γλώσσα;: _____

Ταχυδρομική διεύθυνση _____ Πόλη _____ Πολιτεία _____ Τ.Κ. _____

Προαιρετικά - Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης _____

Εργοδότης _____ Εργασιακό καθεστώς _____

Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη _____

Πληροφορίες υπόχρεου/Πληροφορίες νόμιμου κηδεμόνα

(Αν ο άνωθεν ασθενής είναι το ίδιο πρόσωπο με τον/την υπόχρεο, αφήστε αυτό το τμήμα κενό.)

Όνοματεπώνυμο _____

Ημερομηνία γέννησης _____ Οικογενειακή κατάσταση _____ Αριθμός τηλεφώνου _____

_____ Διεύθυνση αλληλογραφίας _____ Πόλη _____

_____ Πολιτεία _____ Τ.Κ. _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετικά) _____

_____ Εργοδότης _____

_____ Καθεστώς απασχόλησης _____

Πληροφορίες συζύγου του/της υπόχρεου

(Αν ο ασθενής είναι το ίδιο πρόσωπο με τον/την υπόχρεο, συμπληρώστε τις πληροφορίες του/της συζύγου για τον ασθενή.)

Όνοματεπώνυμο _____

Ημερομηνία γέννησης _____ Οικογενειακή κατάσταση _____ Αριθμός τηλεφώνου _____

_____ Διεύθυνση αλληλογραφίας _____ Πόλη _____

_____ Πολιτεία _____ Τ.Κ. _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετικά) _____

_____ Εργοδότης _____

_____ Καθεστώς απασχόλησης _____ Αριθμός

τηλεφώνου εργοδότη _____

Εξαρτώμενα μέλη του/της υπόχρεου

(Αν ο ασθενής είναι το ίδιο πρόσωπο με τον/την υπόχρεο, συμπληρώστε τις πληροφορίες του/της συζύγου για τον ασθενή.)

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης _____ Σχέση με τον/την υπόχρεο _____

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης _____ Σχέση με τον/την υπόχρεο _____

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης _____ Σχέση με τον/την υπόχρεο _____

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης _____ Σχέση με τον/την υπόχρεο _____

Αριθμός ενηλίκων και παιδιών που ζουν στο νοικοκυριό _____

Μηνιαίο εισόδημα

(Συμπληρώστε τα ποσά σε δολάρια για κάθε στοιχείο που αναφέρεται παρακάτω. Δηλώστε μηνιαίο ποσό για το καθένα.)

Εισόδημα αιτούντος _____

Εισόδημα συζύγου αιτούντος _____

Παροχές κοινωνικής ασφάλισης _____

Εισόδημα από σύνταξη/σύνταξη γήρατος _____

Εισόδημα λόγω αναπηρίας _____

Επίδομα ανεργίας _____

Αποζημίωση εργαζομένου _____

Εισόδημα από τόκους/μερίσματα _____

Ληφθείσα υποστήριξη παιδιού _____

Ληφθείσα διατροφή _____

Εισόδημα από ενοικίαση ακινήτων _____

Δελτία σίτισης _____

Ληφθέντα μερίδια από καταπιστεύματα _____ Άλλο

εισόδημα _____

Συνολικό ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα σε

δολάρια ΗΠΑ _____

Μηνιαία έξοδα διαβίωσης

Οι ασθενείς που είναι πιθανώς επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια, όπως περιγράφεται στην Πολιτικής Οικονομικής Υποστήριξης της AdventHealth δεν απαιτείται να συμπληρώσουν αυτήν την ενότητα.

Δάνειο/ενοίκιο _____

Υπηρεσίες κοινής ωφέλειας _____

Τηλέφωνο (σταθερό) _____ Κινητό

τηλέφωνο _____ Σούπερ

μάρκετ / φαγητό _____

Καλωδιακή/διαδικτυακή/δορυφορική τηλεόραση _____

Πληρωμή αυτοκινήτου _____

Φροντίδα παιδιών _____

Υποστήριξη/διατροφή παιδιών _____

Πιστωτικές κάρτες _____

Ιατρικοί/νοσοκομειακοί λογαριασμοί _____

Ασφάλεια αυτοκινήτου _____

Ασφάλεια σπιτιού/ιδιοκτησίας _____

Ιατρική ασφάλεια/ασφάλεια υγείας _____

Ασφάλεια ζωής _____ Άλλα

μηνιαία έξοδα _____

Συνολικά μηνιαία έξοδα \$ _____

Ενεργητικό

Μετρητά/λογαριασμός ταμειευτηρίου/λογαριασμός όψεως _____

Μετοχές/ομόλογα/επενδύσεις/CD(s) _____

Άλλη ακίνητη περιουσία/δευτερεύουσα κατοικία _____

Σκάφος/τροχόσπιτο/μοτοποδήλατο/όχημα αναψυχής _____

Συλλεκτικά/μη απαραίτητα αυτοκίνητα _____

Αποταμιεύσεις υγείας/Ευέλικτος τρεχούμενος λογαριασμός _____

Εξουσιοδοτώ την ADVENTHEALTH να λαμβάνει πληροφορίες από εξωτερικούς οργανισμούς αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας. Βεβαιώνω ότι εξ όσων γνωρίζω οι πληροφορίες σε αυτήν την αίτηση είναι αληθείς και σωστές. Θα αιτηθώ οποιαδήποτε κρατική, ομοσπονδιακή ή τοπική βοήθεια για την οποία ενδεχομένως είμαι επιλέξιμος/η, ώστε να πληρώσω τα ιατρικά έξοδά μου. Κατανόω ότι αυτές οι πληροφορίες που παρέχονται μπορεί να επαληθευτούν από την ADVENTHEALTH και εξουσιοδοτώ την ADVENTHEALTH να επικοινωνήσει με τρίτα μέρη για να επαληθεύσει την ακρίβεια των πληροφοριών που παρέχονται σε αυτήν την αίτηση. Κατανόω ότι εάν παράσχω εν γνώσει μου αναληθείς πληροφορίες σε αυτήν την αίτηση, δεν θα είμαι επιλέξιμος/η για οικονομική βοήθεια, οποιαδήποτε οικονομική βοήθεια που μου έχει χορηγηθεί μπορεί να ανακληθεί και θα είμαι υπόχρεος/η για την πληρωμή του/των λογαριασμού/ών.

Υπογραφή αιτούντος _____

Ημερομηνία _____

Σχόλια _____

Επιστολή υποστήριξης

Αριθμός ιατρικού μητρώου/αριθμός λογαριασμού ασθενούς _____

Όνομα υποστηρικτή _____

Σχέση με τον ασθενή/αιτούντα (την ασθενή/αιτούσα) _____

Διεύθυνση υποστηρικτή _____

Προς AdventHealth:

Η παρούσα επιστολή έχει στόχο να σας ενημερώσει ότι ο/η (όνομα ασθενούς)

_____ έχει
ι ελάχιστο ή κανένα εισόδημα και του/της παρέχω βοήθεια για τα έξοδα διαβίωσής του/της.
Ουδεμία υποχρέωση έχει έναντί μου.

Υπογράφοντας αυτήν τη δήλωση, συμφωνώ ότι εξ όσων γνωρίζω οι πληροφορίες που δίνονται είναι αληθείς.

Υπογραφή υποστηρικτή _____

Ημερομηνία _____

Αξιότιμε/η ασθενή/αιτούντα (αιτούσα),

Η AdventHealth καθοδηγείται από τη συμπόνια και έχει αφιερωθεί στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας προς όλους - ειδικά όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Είναι αποστολή και προνόμιό μας να παρέχουμε οικονομική βοήθεια στους ασθενείς μας. Η οικονομική βοήθεια είναι διαθέσιμη μόνο για επείγουσα φροντίδα ή άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα. Σας ευχαριστούμε που μας εμπιστεύεστε να φροντίζουμε εσάς και την οικογένειά σας για τις ανάγκες της ιατρικής φροντίδας σας.

Αποστέλλουμε αυτήν την επιστολή και τη συνημμένη αίτηση οικονομικής βοήθειας επειδή λάβαμε το αίτημά σας. Αν δεν αιτηθήκατε κάτι τέτοιο αγνοήστε την. Συμπληρώστε και τις δύο πλευρές, συμπεριλαμβανομένης της υπογραφής σας και της ημερομηνίας, πριν την επιστρέψετε. Εάν συμπληρώσατε αίτηση τους τελευταίους έξι μήνες και λάβατε έγκριση για οικονομική βοήθεια, παρακαλείστε να μας ενημερώσετε. Ενδεχομένως να μη χρειαστεί να συμπληρώσετε νέα αίτηση. Δεν θα λάβουμε υπόψη προγενέστερη αίτηση παλιότερη των έξι μηνών.

Μαζί με την αίτηση, παρακαλείστε να παράσχετε αντίγραφο τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα στοιχεία ως απόδειξη εισοδήματος. Εάν είστε παντρεμένοι ή έχετε συζύγοι με σύντροφο για 6 μήνες ή περισσότερο, εκείνος/η θα πρέπει επίσης να προσκομίσει αντίγραφο τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα στοιχεία ως απόδειξη για το εισόδημά του/της, προτού να είναι δυνατή η επεξεργασία της αίτησης.

- Αντίγραφα των 3 πιο πρόσφατων μισθολογικών καταστάσεων από τον εργοδότη
- Αντίγραφα της πιο πρόσφατης ετήσιας φορολογικής δήλωσης (εάν είστε αυτοαπασχολούμενος/η, συμπεριλάβετε όλα τα χρονοδιαγράμματα)
- Επιστολή χορήγησης κοινωνικής ασφάλισης ή/και σύνταξης γήρατος
- Πιο πρόσφατη ετήσια φορολογική δήλωση γονέα ή κηδεμόνα, εάν ο αιτών/η αιτούσα είναι εξαρτώμενο μέλος που αναφέρεται στη φορολογική δήλωσή τους και είναι κάτω των 25 ετών
- Άλλα έγγραφα τεκμηρίωσης εισοδήματος
- Αντίγραφα τραπεζικών καταστάσεων από τους τελευταίους 3 μήνες
- Αντίγραφο εισπραξης επιδόματος ανεργίας

Εάν λαμβάνετε βοήθεια από ή ζείτε σε σπίτι με συγγενείς ή φίλους, ζητήστε τους να συμπληρώσουν το συνημμένο έντυπο με την ένδειξη «Επιστολή υποστήριξης». Αυτό δεν τους καθιστά υπόχρεους για τα ιατρικά έξοδά σας. Αυτό θα βοηθήσει στο να δείξετε πώς είστε σε θέση να πληρώνετε τα έξοδα διαβίωσης. Εάν δεν λαμβάνετε βοήθεια από συγγενείς και φίλους, δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε το έντυπο «Επιστολή υποστήριξης».

Τέλος, παρακαλείστε να παράσχετε και τεκμηρίωση ως απόδειξη της ανεξόφλητης μηνιαίας ιατρικής και φαρμακευτικής δαπάνης σας.

Λάβετε υπόψη ότι η συμπληρωμένη αίτηση, μαζί με τα αποδεικτικά εισοδήματος, πρέπει να παραληφθούν ώστε να εξεταστεί η αίτηση. Δεν είμαστε σε θέση να επεξεργαστούμε ή να εξετάσουμε αιτήσεις που δεν είναι πλήρεις.

Έχετε υπόψη ότι η επικοινωνία μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή διαδικτύου δεν είναι ασφαλής. Αν και είναι απίθανο, εντούτοις οι πληροφορίες που συμπεριλαμβάνετε σε ένα μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ίσως υποκλαπούν και διαβαστούν από άλλα μέρη εκτός από το πρόσωπο στο οποίο απευθύνονται.

Θέλουμε να προστατέψουμε τις προσωπικές πληροφορίες σας και να εξασφαλίσουμε ότι θα παραμείνουν ασφαλείς. Δεδομένου ότι η αίτηση περιέχει τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης και άλλες προσωπικές πληροφορίες σας, συστήνουμε να μην τη στείλετε με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Εκτυπώστε και ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτηση στην ακόλουθη διεύθυνση:

AdventHealth PFS
Υπ' όψιν: Τμήμα οικονομικής Βοήθειας
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Αν έχετε απορίες σχετικά με αυτήν την αίτηση, καλέστε κάποιον από τους εκπροσώπους ασθενών μας στον αριθμό 888-693-2252.

Με εκτίμηση,

Οικονομικές Υπηρεσίες
Ασθενών
AdventHealth