

Αίτηση Οικονομικής Ενίσχυσης

Οδηγίες: Πρέπει να συμπληρωθούν όλα τα πεδία, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά.

Αριθμός Ιατρικού Μητρώου: _____

Στοιχεία ασθενούς

Επώνυμο, Όνομα

Ημερομηνία γέννησης

Διεύθυνση

Πόλη, Πολιτεία/Επαρχία, Ταχυδρομικός κώδικας

Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Τηλέφωνο σπιτιού

Εναλλακτικός αριθμός τηλεφώνου

Στοιχεία Εγγυητή

Επώνυμο, Όνομα

Ημερομηνία γέννησης

Πηγή εισοδήματος

Τελευταίοι 12 μήνες ετήσιου εισοδήματος νοικοκυριού

Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Εάν το εισόδημα είναι 0 δολάρια, επιλέξτε ένα από τα ακόλουθα:

- Άτομο με ειδικές ανάγκες
- Άστεγος/-η
- Ζει με φίλο(-ους)
- Ζει με συγγενείς
- Συνταξιούχος
- Άνεργος

Αριθμός ατόμων στο νοικοκυριό

Αριθμός παιδιών ηλικίας κάτω των 21 ετών στο σπίτι

Οχήματα στο νοικοκυριό, συμπεριλαμβανομένων αυτοκινήτων/σκαφών/RV

Υπόλοιπα λογαριασμών ταμειωτηρίου/τρεχόμενων λογαριασμών

Αίτηση Οικονομικής Ενίσχυσης

Ιδιότητα ακίνητα και αξίες

Υπόλοιπα λογαριασμών
CD/Συνταξιοδότησης/Επενδύσεων

Λοιπά περιουσιακά στοιχεία

Παρακαλείστε να το διαβάσετε πριν υπογράψετε. ΒΕΒΑΙΩΝΩ ότι οι πληροφορίες που έχω παράσχει είναι αληθείς και ακριβείς, εξ όσων γνωρίζω. Θα υποβάλω αίτηση ανεξάρτητα ή με τη βοήθεια του προσωπικού του νοσοκομείου για ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΒΟΗΘΕΙΑ που μπορεί να είναι διαθέσιμη μέσω ομοσπονδιακών, πολιτειακών, τοπικών κυβερνήσεων και ιδιωτικών πηγών, για να βοηθηθώ με την πληρωμή αυτού του λογαριασμού νοσοκομείου. Κατανοώ ότι, εάν δεν συνεργαστώ με τον πάροχο του νοσοκομείου μου για την παροχή των απαιτούμενων πληροφοριών, η αίτησή μου για πιθανή οικονομική βοήθεια ενδέχεται να απορριφθεί. Με το παρόν χορηγώ άδεια και εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε διαπιστευμένο εκπρόσωπο του προγράμματος Medicaid να αποκαλύψει στον πάροχο του νοσοκομείου μου ΟΛΕΣ τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της αίτησής μου Medicaid, καθώς και τον λόγο της απόρριψης, εάν η αίτηση δεν εγκριθεί. Θα ΕΚΧΩΡΗΣΩ στον πάροχο του νοσοκομείου μου ΟΛΑ ΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ που έλαβα από τις παραπάνω πηγές, τα οποία παρέχονται για να με βοηθήσουν όσον αφορά σε αυτόν τον ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. Εγώ, για δικό μου λογαριασμό, αλλά και για τα μέλη της οικογένειάς μου, τους εξουσιοδοτημένους αντιπροσώπους μου, τους γιατρούς, τους συμβούλους (συμπεριλαμβανομένων των κληρικών) και τους δικηγόρους, συμφωνώ να τηρώ και να διατηρώ με απόλυτη εχεμύθεια οποιαδήποτε γραπτή επικοινωνία ή/και προφορική συζήτηση μεταξύ εμού και του παρόχου του νοσοκομείου μου, σχετικά με θέματα σχετικά με τις υπηρεσίες που μου παρέχονται από τον πάροχο του νοσοκομείου μου. Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω υπόκεινται σε επαλήθευση από τον πάροχο του νοσοκομείου μου, συμπεριλαμβανομένων των γραφείων αναφοράς πιστώσεων, και υπόκεινται σε έλεγχο από ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΟΥΣ ή/και ΠΟΛΙΤΕΙΑΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ και άλλους, όπως απαιτείται. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ τον εργοδότη μου να δώσει στον πάροχο του νοσοκομείου μου απόδειξη του εισοδήματός μου. ΚΑΤΑΝΟΩ ότι, εάν κάποια πληροφορία που έχω δώσει αποδειχθεί αναληθής, ο πάροχος του νοσοκομείου μου θα επανεκτιμήσει την οικονομική μου κατάσταση και θα προβεί σε όποια ενέργεια κριθεί κατάλληλη. Για να πληροίτε τις προϋποθέσεις για βοήθεια, ενδέχεται να απαιτείται τουλάχιστον ένα δικαιολογητικό που να επαληθεύει το εισόδημα του νοικοκυριού. Τα δικαιολογητικά μπορεί να περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τη φορολογική δήλωση του πιο πρόσφατου οικονομικού έτους, μια τρέχουσα W-2, συμβολαιογραφική επιστολή υποστήριξης κ.λπ. Τα αιτήματα για βοήθεια ενδέχεται να απορριφθούν εάν δεν προσκομιστούν τα δικαιολογητικά. Τυχόν μη καταβληθέν υπόλοιπο θα είναι επιλέξιμο για περαιτέρω ενέργειες είσπραξης. [Αιτούντες από την Πολιτεία της Φλόριντα: Νομοθετική διάταξη της Φλόριντα s.817.50 (1). Οποιοσδήποτε αποκτήσει ή επιχειρήσει να αποκτήσει, εκούσια και με πρόθεση να εξαπατήσει, αγαθά, προϊόντα, εμπορεύματα ή υπηρεσίες από οποιοδήποτε νοσοκομείο αυτής της πολιτείας, θα είναι ένοχος πλημμελήματος δευτέρου βαθμού, τιμωρούμενος όπως προβλέπεται στα αρθ. 775.082 ή 775 -083.]

Υπογραφή αιτούντος/εγγυητή

Ημερομηνία ολοκλήρωσης

Πώς να υποβάλετε την αίτησή σας

Ταχυδρομείο	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
Email	Financialassist@medsrv.co (μόνο δύο γράμματα μετά την τελεία στη διεύθυνση email)
Πύλη ασθενών	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
Ερωτήσεις;	800-462-0490

