

For Administrative use only

Facility \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Med.Rec# \_\_\_\_\_

**Αίτηση οικονομικής στήριξης**  
(Προσάρτημα Α)

For Administrative use only

Patient Type \_\_\_\_\_

Amount of W/O \$ \_\_\_\_\_

Method of Calculation \_\_\_\_\_

**I. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς**

Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_  
(Επώνυμο) (Όνομα) (Μεσαίο όνομα) (ΑΜΚΑ – **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ**) (Ημ/νία γέννησης)

Όνομα εγγυητή: \_\_\_\_\_  
(Επώνυμο) (Όνομα) (Μεσαίο όνομα) (ΑΜΚΑ – **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ**) (Ημ/νία γέννησης)

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_  
(Οδός) (Πόλη) (Πολιτεία) (ΤΚ)

Τηλέφωνο οικίας: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο εργασίας: \_\_\_\_\_ Κινητό τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

**II. Πληροφορίες νοικοκυριού**

Οικογενειακή κατάσταση ασθενούς: (Κυκλώστε μία επιλογή)	Έγγαμος	Άγαμος	Σε διάσταση	Συνολικός αριθμός μελών νοικοκυριού:
------------------------------------------------------------	---------	--------	-------------	--------------------------------------

Όνομα(τα) συζύγου και εξαρτώμενων μελών: (Επισυνάψτε χωριστό φύλλο για επιπλέον εξαρτώμενα μέλη)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης ( <b>ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ</b> )

**III. Πληροφορίες τρέχουσας απασχόλησης**

Όνομα εργαζόμενου (ασθενής, εγγυητής, σύζυγος ή εξαρτώμενο μέλος):	Όνομα και διεύθυνση εργοδότη και ημερομηνίες απασχόλησης
	Ημερομηνία πρόσληψης:
	Ημερομηνία πρόσληψης:
	Ημερομηνία πρόσληψης:

**IV. Πληροφορίες ασφάλισης** (Επισυνάψτε χωριστά φύλλα για επιπλέον πληροφορίες ασφάλισης)

Καλύπτεστε από ή πρόκειται να υποβάλετε αίτηση για οποιαδήποτε ασφάλιση υγείας (συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus ή Healthy NY);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν ναι, εξηγήστε: (συμπεριλάβετε το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου της ασφαλιστικής εταιρείας, τον αριθμό του ασφαλιστηρίου/της ομάδας ασφάλισης και τα στοιχεία συνδρομητή)		

**V. Άλλες πληροφορίες**

Αποτελεί η θεραπεία αποτέλεσμα ατυχήματος ή τραυματισμού;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αν ναι, ημερομηνία ατυχήματος:		
Σύντομη περιγραφή του ατυχήματος:		
Οδός, πόλη και πολιτεία του ατυχήματος:		
Θα εμπλακεί ασφάλιση ακινήτου ή αστικής ευθύνης;		

**ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΕΤΕ ΚΑΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΟΤΟΥ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΣΤΕΙΛΕΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ**

## Αίτηση οικονομικής στήριξης

(Προσάρτημα Β)

### VI. Οικονομική κατάσταση

Εισαγάγετε τα σύνολα για τον/την ασθενή, τον/την εγγυητή, τον/την σύζυγο και τα εξαρτώμενα μέλη: (Προσθέστε επιπλέον φύλλα αν είναι αναγκαίο)

<b>ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:</b>	<b>ΠΟΣΟ:</b>
Μεικτό ημερομίσθιο, μισθός, φιλοδωρήματα	\$
Κοινωνική Ασφάλιση	\$
Επίδομα αναπηρίας	\$
Επίδομα ανεργίας	\$
Επίδομα τέκνων	\$
Επίδομα διατροφής	\$
Εισόδημα από ενοίκια	\$
Εισόδημα από ακίνητη περιουσία	\$
Σύνταξη	\$
Μερίσματα/τόκοι	\$
Άλλο εισόδημα (προσδιορίστε):	
	\$
	\$
	\$

### ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνω ότι οι ανωτέρω πληροφορίες είναι αληθείς και ακριβείς εξ όσων γνωρίζω. Κατανώ ότι οι ψευδείς ή παραπλανητικές πληροφορίες θα με καταστήσουν ακατάλληλο/η για οποιαδήποτε οικονομική στήριξη. Εξουσιοδοτώ την παροχή οποιωνδήποτε πληροφοριών που απαιτούνται για την επιβεβαίωση των παρεχόμενων πληροφοριών και για χρεώσεις και εισπράξεις σύμφωνα με την εφαρμοστέα ομοσπονδιακή και πολιτειακή νομοθεσία. Περαιτέρω, θα καταθέσω αίτηση για λήψη οποιασδήποτε συνδρομής (Medicaid, Medicare, ασφάλιση, κ.λπ.) η οποία μπορεί να είναι διαθέσιμη για την κάλυψη των νοσοκομειακών δαπανών μου, ενώ θα προβώ σε οποιαδήποτε ενέργεια που είναι ευλόγως απαραίτητη για να λάβω αντίστοιχη συνδρομή και θα παραχωρήσω ή θα καταβάλω στο νοσοκομείο το ποσό που θα εισπράξω για νοσοκομειακές δαπάνες.

Κατανώ ότι η παρούσα αίτηση υποβάλλεται προκειμένου το νοσοκομείο να προσδιορίσει την καταλληλότητά μου για λήψη οικονομικής συνδρομής με βάση τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί και τηρούνται στο νοσοκομείο.

Επιπλέον, συμφωνώ να παρέχω πρόσθετες πληροφορίες όπως αυτές ζητηθούν ώστε να προσδιοριστεί η καταλληλότητά μου. Συμφωνώ να ενημερώσω τα νοσοκομεία του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης (NYU) σχετικά με οποιεσδήποτε μεταβολές των αναγκών μου, της καταλληλότητάς μου για ασφάλιση, του εισοδήματός μου, της ακίνητης περιουσίας μου, των συνθηκών διαβίωσής μου ή της διεύθυνσής μου, όπως αυτές προκύπτουν.

Υπογραφή αιτούντα: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή ατόμου που διενήργησε τη συνέντευξη: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

**ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΕΤΕ ΚΑΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΟΤΟΥ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΣΤΕΙΛΕΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ**