

Ενιαία αίτηση οικονομικής στήριξης νοσηλείας NYS

Μπορεί να δικαιούστε οικονομική στήριξη νοσηλείας για την πληρωμή των λογαριασμών σας, εάν είστε ανασφάλιστοι, εάν η ασφάλισή σας έχει εξαντληθεί ή εάν έχετε ασφάλιση υγείας, αλλά έχετε αποδείξεις για ιατρικά έξοδα που έχετε πληρώσει και τα οποία υπερβαίνουν συνολικά το 10% του εισοδήματός σας. Συμπληρώνοντας αυτό το έντυπο, θα ξεκινήσει η διεκπεραίωση του αιτήματός σας για οικονομική στήριξη νοσηλείας. Αυτό το έντυπο χρησιμοποιείται από όλα τα νοσοκομεία στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης.

Η αίτηση αυτή πρέπει να εκτυπωθεί στις κύριες¹ γλώσσες που μιλούν οι ασθενείς που εξυπηρετούνται από το νοσοκομείο.

Όνομα ασθενούς (πλήρη στοιχεία που ισχύουν)

Όνομα ασθενούς (μικρό όνομα, δεύτερο όνομα, επώνυμο)		
Ημερομηνία γέννησης (μμ/ηη/εεεε)		
Διεύθυνση	Αριθ. διαμερίσματος/μονάδας	
Πόλη	Πολιτεία	Ταχυδρομικός κώδικας
Αριθ. τηλεφώνου επικοινωνίας		
Όνομα γονέα/κηδεμόνα ή νόμιμου εκπροσώπου (εάν ο ασθενής είναι ανήλικο τέκνο ή ανίκανος ενήλικας)		
Διεύθυνση email (αν υπάρχει)		

Στοιχεία για την οικογένεια:

Παρακαλούμε αναφέρετε παρακάτω όλα τα μέλη της οικογένειας στο νοικοκυριό σας. Το νοικοκυριό σας περιλαμβάνει εσάς, τον/τη σύζυγο ή τον/τη σύντροφό σας και τυχόν παιδιά ή άλλα εξαρτώμενα μέλη. Για παράδειγμα, περιλαμβάνει όλους όσους αναφέρονται στην ίδια φορολογική δήλωση.

Το ακαθάριστο εισόδημα σημαίνει το εισόδημά σας **πριν** από την αφαίρεση των φόρων.

Το ακαθάριστο εισόδημα μπορεί να αποτελείται από αποδοχές από εργασία (μισθούς, ημερομίσθια, φιλοδωρήματα, αποδοχές από αυτοαπασχόληση), μη δεδουλευμένο εισόδημα (επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης, αναπηρίας και ανεργίας), εισφορές (κεφάλαια από οικογένεια ή φίλους) και άλλες πηγές εισοδήματος (προσωρινή στήριξη και συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλισης).

Όνοματεπώνυμο	Σχέση	Συνολικό ακαθάριστο εισόδημα (Τρέχον)
	Ο/Η ίδιος/α	

¹ Οι «Κύριες γλώσσες» περιλαμβάνουν οποιαδήποτε γλώσσα που χρησιμοποιείται για την επικοινωνία τουλάχιστον στο 5% των επισκέψεων ασθενών ετησίως ή οποιαδήποτε γλώσσα που ομιλείται από περισσότερο από το 1% του πληθυσμού της περιοχής παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών νοσοκομείων, όπως υπολογίζεται με βάση δημογραφικές πληροφορίες που είναι διαθέσιμες από το Γραφείο Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών, οι οποίες συμπληρώνονται με στοιχεία από σχολικά συστήματα.

Το νοσοκομείο μπορεί να σας ζητήσει να υποβάλετε έγγραφα ως απόδειξη του εισοδήματός σας. Παραδείγματα εγγράφων μπορεί να περιλαμβάνουν ένα στέλεχος πληρωμής, μια επιστολή από τον εργοδότη σας, κατά περίπτωση, ή το Έντυπο 1040.

Καθεστώς ασφάλισης υγείας

Έχετε κάποιο είδος ασφάλισης υγείας, όπως Medicaid, Medicare ή ιδιωτική ασφάλιση μέσω του εργοδότη σας ή έχετε αγοράσει τέτοια ασφάλιση μόνοι σας;

☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν απαντήσατε «Όχι», θα θέλατε βοήθεια για να υποβάλετε αίτηση για οποιοδήποτε από αυτά τα προγράμματα;

☐ Ναι ☐ Όχι

Υποασφαλισμένοι ασθενείς: άτομα με ασφάλιση και υψηλά ιατρικά έξοδα.

Εάν έχετε ασφάλιση, πείτε μας μια εκτίμηση των ιατρικών εξόδων που πληρώσατε τους τελευταίους 12 μήνες

\$

Το νοσοκομείο μπορεί να σας ζητήσει να υποβάλετε έγγραφα ως απόδειξη των καταβληθέντων ιατρικών εξόδων.

Ασθενής/Υπεύθυνος: Εάν δεν είναι ο ασθενής, αναφέρετε το όνομα του ατόμου που υπογράφει το έντυπο και τον τρόπο με τον οποίο έχει εξουσιοδότηση να υπογράφει εκ μέρους του ασθενούς (π.χ. Είναι σύζυγος, γονέας, νόμιμος εκπρόσωπος).

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω ενδέχεται να σταλούν προς επαλήθευση σε εξωτερικές πηγές. Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες είναι αληθείς και πλήρεις εξ όσων γνωρίζω.

Όνοματεπώνυμο (ολογράφως)	Ημερομηνία
Σχέση με τον ασθενή	
Υπογραφή	