

فقط برای استفاده اداری
نوع بیمار: _____

مبلغ: W/O \$ _____

نحوه محاسبه: _____

فقط برای استفاده اداری
مرکز Long Island Community _____

شماره حساب: _____

شماره پرونده پزشکی: _____

تقاضانامه کمک مالی (پیوست A)

جمعیت شناسی بیمار

نام بیمار: _____

(نام خانوادگی) (نام) (نام میانی) (SSN - الزامی نیست) (تاریخ تولد)

نام ضامن: _____

(نام خانوادگی) (نام) (نام میانی) (SSN - الزامی نیست) (تاریخ تولد)

آدرس: _____

(خیابان) (شهر) (ایالت) (کد پستی)

تلفن محل کار: _____

تلفن همراه: _____

تلفن منزل: _____

اطلاعات خانوار

وضعیت تاهل بیمار: (دور یک مورد خط بکشید)	متاهل	مجرد	مطلقه	تعداد کل خانوار:
---	-------	------	-------	------------------

نام همسر و افراد تحت تکفل: (برای افراد تحت تکفل اضافی یک برگه جداگانه ضمیمه کنید)	تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی (الزامی نیست)

اطلاعات شغلی فعلی

نام کارمند (بیمار، ضامن، همسر، یا فرد تحت تکفل):	نام کارفرما، آدرس و تاریخ استخدام
	تاریخ استخدام:
	تاریخ استخدام:
	تاریخ استخدام:

اطلاعات بیمه (برای اطلاعات بیمه اضافی برگه جداگانه ضمیمه کنید)

آیا تحت پوشش بیمه درمانی هستید یا برای دریافت آن تقاضا داده‌اید (از جمله Medicaid و طرح‌های سلامت ایالت نیویورک)?	بله	خیر
اگر بله، لطفا توضیح دهید: (نام شرکت بیمه، آدرس، شماره تلفن، شماره بیمه‌نامه/گروه و اطلاعات مشترک را قید کنید)		

سایر اطلاعات

آیا به خاطر تصادف یا جراحی تحت درمان هستید?	بله	خیر
اگر بله، تاریخ تصادف: توضیح مختصر درباره تصادف خیابان، شهر و ایالت تصادف: آیا مربوط به بیمه مالک خانه یا مسنولیت خواهد بود؟		

تا زمانی که بیمارستان طی ارسال یک نامه تصمیم خود را درباره تقاضای شما اعلام نکرده باشد، مجبور نیستید هزینه‌ای به بیمارستان پرداخت کنید

تقاضانامه کمک مالی
(پیوست B)

VI. صورت‌های مالی

جمع کل را برای بیمار، ضامن، همسر و افراد تحت تکفل وارد کنید: (در صورت لزوم برگه اضافه کنید)

مبلغ:	درآمد ماهانه:
\$	دستمزد ناخالص، حقوق، انعام
\$	تامین اجتماعی
\$	ناتوانی
\$	بیکاری
\$	پشتیبانی کودک
\$	نقده/نگهداری
\$	درآمد اجاره
\$	درآمد ملک
\$	بازنشستگی
\$	سود سهام/بهره
	سایر درآمدها (قید کنید):
\$	
\$	
\$	

گواهی

گواهی می‌دهم تا جاییکه اطلاع دارم اطلاعات فوق صحت دارند و دقیق هستند. من می‌دانم که اطلاعات جعلی یا گمراه‌کننده من را واجد شرایط دریافت هیچگونه کمک مالی نمی‌کند. من رضایت خود را با انتشار هر گونه اطلاعات مورد نیاز برای تایید اطلاعات ارائه شده و برای صدور صورتحساب و وصول وجه مطابق با قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا اعلام می‌کنم. به علاوه، من برای دریافت هر گونه کمک (Medicare، Medicaid، بیمه، غیره) که ممکن است برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان من در دسترس باشند، درخواست خواهم داد و هر گونه اقدام منطقی لازم برای دریافت این کمک را انجام می‌دهم و مبلغ وصول شده برای هزینه‌های بیمارستان را به بیمارستان ارجاع خواهم داد یا پرداخت خواهم کرد.

من می‌دانم که این تقاضانامه تهیه شده است تا بیمارستان بتواند واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک مالی را بر اساس معیارهای تعیین شده در پرونده موجود در بیمارستان مشخص کند.

به علاوه، من موافق هستم که اطلاعات اضافی را در صورت درخواست برای تعیین واجد شرایط بودن ارائه دهم. موافقت می‌کنم که هر گونه تغییر در نیازهای من، واجد شرایط بودن برای بیمه، درآمد، دارایی، ترتیبات زندگی یا آدرس را در صورت وقوع به بیمارستان همگانی لانگ آیلند اطلاع دهم.

امضای متقاضی: _____ تاریخ _____

امضای متقاضی: _____ تاریخ _____

تا زمانی که بیمارستان طی ارسال یک نامه تصمیم خود را درباره تقاضای شما اعلام نکرده باشد، مجبور نیستید هزینه‌ای به بیمارستان پرداخت کنید

Long Island Community Hospital

تقاضانامه کمک مالی بیمارستان همگانی لانگ آیلند پیوست:

فرآیند تقاضا برای دریافت کمک مالی:

1. تقاضانامه پیوست را به طور کامل تکمیل کنید

2. تقاضانامه تکمیل شده را ظرف 30 روز به آدرس زیر بازگردانید:

Long Island Community Hospital
101 Hospital Road
Patchogue, NY, 11772
برسد به دست: مشاوره مالی

3. بعد از دریافت تمام موارد، درخواست شما بررسی خواهد شد و تصمیم اخذ شده ظرف 30 روز به طور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید

مهم

- این تقاضانامه کمک مالی برای هزینه‌های بیمارستان است و هزینه‌های پزشک یا سایر متخصصان را پوشش نمی‌دهد.
- هزینه اتاق خصوصی یا سایر لوازم شخصی تحت پوشش برنامه کمک مالی نیست
- خدمات الکتیو تحت پوشش بیمه که بیمارستان همگانی لانگ آیلند آنها را نمی‌پذیرد، تحت پوشش برنامه کمک مالی نیستند

اگر پریشی دارید، لطفاً از طریق شماره 687-4653 (631) با ما تماس بگیرید

با احترام؛

مشاوره مالی

تا زمانی که بیمارستان طی ارسال یک نامه تصمیم خود را درباره تقاضای شما اعلام نکرده باشد، مجبور نیستید هزینه‌ای به بیمارستان پرداخت کنید