

For Administrative use only
 Facility **Long Island Community**

 Account # _____
 Med.Rec# _____

Αίτηση για Οικονομική Βοήθεια
 (Προσάρτημα Α)

For Administrative use only
 Patient Type _____
 Amount of W/O \$ _____
 Method of Calculation _____

I. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς: _____
 (Επίθετο) (Όνομα) (Μεσαίο όνομα) (SSN – **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ**) (Ημ. γέννησης)
 Όνομα εγγυητή: _____
 (Επίθετο) (Όνομα) (Μεσαίο όνομα) (SSN – **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ**) (Ημ. γέννησης)
 Διεύθυνση: _____
 (Οδός) (Πόλη) (Πολιτεία) (Τ.Κ.)
 Τηλ. οικίας: _____ Τηλ. εργασίας: _____ Κινητό τηλέφωνο: _____

II. Πληροφορίες νοικοκυριού

Οικογενειακή κατάσταση ασθενούς: <i>(Βάλτε κύκλο σε ένα)</i>	Παντρε- μένος/η	Ελεύ- θερος/η	Σε διάσταση	Συνολικός αριθμός νοικοκυριού:
---	--------------------	------------------	----------------	--------------------------------

Όνόματα συζύγου και εξαρτώμενων ατόμων: <i>(Συνάπτετε ξεχωριστό φύλλο για συμπληρωματικά εξαρτώμενα άτομα)</i>	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης (ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ)

III. Πληροφορίες τρέχουσας απασχόλησης

Όνομα υπαλλήλου (Ασθενής, Εγγυητής, Σύζυγος ή εξαρτώμενο άτομο):	Όνομα, διεύθυνση εργοδότη και ημερομηνίες απασχόλησης
	Ημερομηνία πρόσληψης:
	Ημερομηνία πρόσληψης:
	Ημερομηνία πρόσληψης:

IV. Πληροφορίες ασφάλειας *(Συνάπτετε ξεχωριστό φύλλο για συμπληρωματικές πληροφορίες ασφάλειας)*

Έχετε κάλυψη υγειονομικής ασφάλισης ή υποβάλλετε αίτηση για υγειονομική ασφάλιση (Συμπεριλαμβανομένης και της Medicaid και προγραμμάτων ασφάλισης υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ναι, παρακαλούμε εξηγήστε: <i>(να συμπεριλάβετε το όνομα της ασφαλιστικής εταιρείας, την διεύθυνση, τον αριθμό τηλεφώνου, τον αριθμό πολιτικής/ομάδας και τις πληροφορίες συνδρομητή)</i>		

V. Άλλες πληροφορίες

Αποτελεί η θεραπεία αποτέλεσμα ατυχήματος ή τραυματισμού;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν Ναι, ημερομηνία του ατυχήματος:		
Σύντομη περιγραφή του ατυχήματος:		
Οδός, Πόλη και Πολιτεία όπου συνέβη το ατύχημα:		
Θα συνεισφέρει η ασφάλεια ιδιοκτησίας σπιτιού ή αστικής ευθύνης;		

ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΙ ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΛΕΤΕ ΚΑΜΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΩΣ ΟΤΟΥ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΣΤΕΙΛΕΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ

Αίτηση για Οικονομική Βοήθεια

(Προσάρτημα Β)

VI. Οικονομική κατάσταση

Καταχωρίστε σύνολα για τον/την ασθενή, εγγυητή, σύζυγο και τα εξαρτώμενα άτομα: (Προσθέστε συμπληρωματικά φύλλα εάν χρειάζεται)

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:	ΠΟΣΟ:
Μικτοί μισθοί, μισθοί, φιλοδωρήματα	\$
Κοινωνική ασφάλιση	\$
Αναπηρικό επίδομα	\$
Επίδομα ανεργίας	\$
Διατροφή για παιδιά	\$
Συζυγική διατροφή/συντήρηση	\$
Εισόδημα από ενοίκιο	\$
Εισόδημα από ιδιοκτησία	\$
Σύνταξη	\$
Μερίσματα/τόκοι	\$
Άλλο εισόδημα (Διευκρινίστε):	
	\$
	\$
	\$

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Πιστοποιώ ότι οι ανωτέρω πληροφορίες είναι αληθινές από όσο γνωρίζω. Κατανοώ ότι οι ψευδείς ή αποπλανητικές πληροφορίες θα με καταστήσουν ακατάλληλο/η για οποιαδήποτε Οικονομική Βοήθεια. Εξουσιοδοτώ την κοινοποίηση κάθε πληροφορίας που είναι απαραίτητη για την επαλήθευση των παρεχόμενων πληροφοριών και για τις χρεώσεις και εισπράξεις σύμφωνα με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς και πολιτειακούς νόμους. Επιπλέον, θα υποβάλλω αίτηση για κάθε βοήθεια (Medicaid, Medicare, Ασφάλεια, κτλ.) που ενδέχεται να είναι διαθέσιμη για την πληρωμή των νοσοκομειακών εξόδων μου, και θα προβώ σε κάθε εύλογη ενέργεια για να αποκτήσω αυτήν την βοήθεια και θα παρέχω ή θα πληρώσω το νοσοκομείο το ποσό που θα ανακτήσω για τις νοσοκομειακές χρεώσεις.

Κατανοώ ότι αυτή η αίτηση υποβάλλεται για να καθορίσει το νοσοκομείο την επιλεξιμότητά μου για Οικονομική Βοήθεια με βάση τα καθιερωμένα κριτήρια που είναι αρχειοθετημένα στο νοσοκομείο.

Συμπληρωματικά, συμφωνώ να παρέχω επιπλέον πληροφορίες όπως ζητείται για τον καθορισμό επιλεξιμότητας. Συμφωνώ να ενημερώσω το Long Island Community Hospital για κάθε αλλαγή στις ανάγκες μου, στην επιλεξιμότητα ασφάλειας, στο εισόδημα, στην ιδιοκτησία, στις ρυθμίσεις διαβίωσης ή στην διεύθυνσή μου καθώς θα συμβούν.

Υπογραφή αιτώντος: _____ Ημερομηνία _____

Υπογραφή συνεντευκτή: _____ Ημερομηνία _____

ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΙ ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΛΕΤΕ ΚΑΜΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΩΣ ΟΤΟΥ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΣΤΕΙΛΕΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ

Long Island Community Hospital

Εσωκλείεται η Αίτηση για Οικονομική Βοήθεια από το Νοσοκομείο Long Island Community Hospital:

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ:

1. Συμπληρώνετε την εσωκλειόμενη αίτηση εξ ολοκλήρου
2. Επιστρέφετε την συμπληρωμένη αίτηση εντός 30 ημερών στην διεύθυνση:

Long Island Community Hospital
101 Hospital Road
Patchogue, NY, 11772
Attn: Financial Counseling

3. Αφότου ληφθούν όλα τα στοιχεία, η αίτησή σας θα τεθεί υπό θεώρηση και θα ειδοποιηθείτε γραπτώς σχετικά με τον καθορισμό σας εντός 30 ημερών

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

- Η παρούσα Οικονομική Βοήθεια υπάρχει για τις χρεώσεις του νοσοκομείου και δεν καλύπτει τις χρεώσεις για ιατρούς ή άλλες επαγγελματικές χρεώσεις.
- Τα ιδιωτικά δωμάτια ή άλλες χρεώσεις προσωπικών αντικειμένων δεν καλύπτονται από το Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας
- Οι προαιρετικές υπηρεσίες που καλύπτονται από ασφάλεια που δεν είναι δεκτή από το Νοσοκομείο Long Island Community Hospital δεν καλύπτονται από το Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας

Εάν έχετε οτιδήποτε ερωτήσεις, μην διστάσετε να μας τηλεφωνήσετε στον αριθμό (631) 687-4653

Ειλικρινά,

Οικονομικοί Σύμβουλοι

ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΙ ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΛΕΤΕ ΚΑΜΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΩΣ ΟΤΟΥ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΣΤΕΙΛΕΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ