

친애하는 환자분께,

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc.에 대한 재정지원신청서를 첨부하오니, 모두 기입하시고 필요한 서류와 함께 반송해 주시기 바랍니다. 불완전한 신청서는 재정적 지원을 거부할 수 있습니다.

신청서 반환 마감일은 재정 지원이 요청된서비스의 첫 청구 명세서 발급일로부터 240일입니다.

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc. 와 그 계열사는 의료의 필요가 있지만 보험에 가입하지 않았거나, 가입한 보험이 부족하거나, 정부 프로그램에 가입할 자격이 없거나, 개인 재정 상황에 따라 의료적으로 필요한 진료비를 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하는 데 전념하고 있습니다.

궁금하신 점이 있으시면 아래 번호로 금융 상담에 문의하시기 바랍니다.

감사합니다.

다음 위치로 응용 프로그램 되돌리기:

재정 상담과
Lahey Hospital & Medical Center
41 Mall Road
Burlington MA 01803
781-744-8815

자선 의료를 위한 재정 지원 신청서

프린트하기

오늘 날짜: _____ 사회보장제도 # _____

의료 기록 번호: _____

환자 이름: _____

주소: _____

_____	거리	_____	Apt. 번호	_____
_____	도시	_____	주	_____
				우편번호

병원 서비스 날짜: _____ 환자 생년월일: _____

병원 서비스를 받을 당시 환자는 건강보험이나 의료보장 제도에 가입되어 있었습니까? 네 아니요
"예"인 경우 보험증 사본(앞과 뒤)을 첨부하고 다음을 완료합니다.

보험회사 이름: _____ 정책 번호 _____

유효 날짜: _____ 보험회사 전화 번호: _____

****재정 지원을 신청하기 전에 지난 6개월 동안 의료보장 제도를 신청하셨어야 하며 거절 증빙이 필요합니다.**

참고: HSA(Health Savings Account 건강 저축 계좌), HRA(Health Reimbursement Account 건강 보상 계좌), FSA(Flexible Spending Account 유연한 지출 계정) 또는 가족 의료 비용으로 지정된 유사한 기금이 설정된 경우에는 재정 지원이 적용되지 않을 수 있습니다. 기성 기금에서 지급해야 지원금을 받을 수당을 지불할 수 있습니다.

의료 서비스 지원을 신청하려면 다음을 작성하세요:

환자, 부모, 자녀 및/또는 형제자매, 자연적 또는 입양된 18세 이하의 집에 사는 모든 가족을 나열합니다.

의료적 어려움에 대한 지원 신청 외에도 이 신청에는 다음의 문서가 더 첨부되어야 합니다:

- 주 또는 연방 소득세 신고서

가족 구성원	나이	환자와의 관계	수입원 또는 고용주 이름	월 소득
1.				
2.				
3.				
4.				

- 현재 양식 W2 및/또는 양식 1099
- 최근 4개의 급여 명세서
- 최근 4개의 당좌 예금 내역서
- 건강 저축 계좌
- 의료 보험 약정
- 신축성 지출 계정

이러한 문서들이 제공되지 않을 경우, (781) 744-8815번으로 금융 상담팀에 전화하여 제공할 수 있는 다른 문서에 대해 논의하시기 바랍니다.

아래 서명에 의해, 저는 재정 지원 정책 및 응용 프로그램을 주의 깊게 읽었으며, 제가 진술한 모든 사항이나 첨부한 모든 문서가 진실이며 제가 아는 한 가장 정확한 것임을 증명합니다. 저는 재정 지원을 받기 위해 고의로 허위 정보를 제출하는 것은 불법이라는 것을 알고 있습니다.

지원자의 서명: _____

환자와의 관계: _____

완료일: _____

어떤 방식으로든 소득이 보충되거나 이 신청서에 0.00달러의 소득을 신고한 경우, 귀하와 귀하의 가족에게 도움을 제공하는 담당자가 아래 지원서를 작성하도록 합니다.

지원 문서

저는 환자/책임자로부터 재정적 지원을 제공하는 것으로 확인되었습니다. 다음은 제가 제공하는 서비스 및 지원 목록입니다.

본 문서에 제시된 모든 정보가 사실이며 제가 아는 한 정확하다는 것을 증명하고 확인합니다. 제 서명이 환자의 의료비에 대한 재정적인 책임을 지지 않는다는 것을 이해합니다.

서명: _____ 완료된 날짜: _____

자격여부 결정을 위해 완료된 신청서를 접수한 날로부터 30일을 허용해 주십시오.

적용 가능한 경우, 승인일로부터 6개월 동안 금융 지원이 제공되며, 해당 금융 지원 정책의 부록 5에 명시된 모든 베스 이스라엘 Israel Lahey Health affiliates에 의해 유효합니다.

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center
Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center,
Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

직원 만.

접수 된 신청서:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| AJH | <input type="checkbox"/> |
| AGH | <input type="checkbox"/> |
| BayRidge | <input type="checkbox"/> |
| BIDMC | <input type="checkbox"/> |
| BID Milton | <input type="checkbox"/> |
| BID Needham | <input type="checkbox"/> |
| BID Plymouth | <input type="checkbox"/> |
| Beverly | <input type="checkbox"/> |
| LHMC | <input type="checkbox"/> |
| LMC Peabody | <input type="checkbox"/> |
| MAH | <input type="checkbox"/> |
| NEBH | <input type="checkbox"/> |
| WH | <input type="checkbox"/> |

받은 날짜:

