

Αγαπητέ Ασθενή,

Συνημμένη είναι η Αίτηση Ιατρικής Βοήθειας του Νοσοκομείου Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc. Συμπληρώστε τη στο σύνολό της και επιστρέψτε την με όλα τα απαραίτητα έγγραφα. Οι ελλιπείς αιτήσεις ενδέχεται να οδηγήσουν σε απόρριψη οικονομικής βοήθειας.

Η προθεσμία για την επιστροφή της αίτησης είναι 240 ημέρες από την πρώτη δήλωση χρέωσης για τις υπηρεσίες στις οποίες ζητείται οικονομική βοήθεια.

Το Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc, και οι συνεργάτες του είναι αφοσιωμένοι στην παροχή οικονομικής βοήθειας σε ασθενείς που έχουν ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και δεν είναι ασφαλισμένοι, υποσφάλιστοι, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για κυβερνητικό πρόγραμμα ή με άλλο τρόπο δεν μπορούν να πληρώσουν για την απαραίτητη ιατρική φροντίδα βάσει της ατομικής τους οικονομικής κατάστασης.

Εάν έχετε απορίες, επικοινωνήστε με τον Οικονομικό Σύμβουλο στον αριθμό που αναφέρεται παρακάτω.

Ευχαριστούμε.

Επιστρέψτε την Αίτηση στο:

Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων
Lahey Hospital & Medical Center
41 Mall Road
Burlington MA 01803
781-744-8815

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας για Ιατρική Φροντίδα
Παρακαλώ Εκτυπώστε

Σημερινή Ημερομηνία: _____ Κοινωνική Ασφάλιση # _____

Αριθμός Μητρώου: _____

Όνομα Ασθενούς:

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς _____

Διεύθυνση:

Οδός

Αρ.Διαμ.

Πόλη

Νομός

T.K.

Είχε ο ασθενής ασφάλιση υγείας ή Medicaid κατά τη διάρκεια των νοσοκομειακών υπηρεσιών; Ναι Όχι

Εάν "Ναι", επισυνάψτε αντίγραφο της κάρτας ασφάλισης (εμπρός και πίσω) και συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας: _____ Αριθμός Πολιτικής:

Ημερομηνία Ισχύος: _____

Τηλέφωνο Ασφάλειας:

Σημείωση: Η Οικονομική Βοήθεια για Ιατρική Φροντίδα ενδέχεται να μην ισχύει εάν έχει δημιουργηθεί λογαριασμός ταμειωτηρίου υγείας (HSA), λογαριασμός επιστροφής χρημάτων υγείας (HRA), λογαριασμός ενέλικτων δαπανών (FSA) ή παρόμοιο ταμείο που προορίζεται για οικογενειακά ιατρικά έξοδα. Η πληρωμή από οποιοδήποτε ταμείο απαιτείται πριν από την παροχή βοήθειας.

Για να υποβάλετε αίτηση για ιατρική βοήθεια, συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Αναφέρετε όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των γονέων, των παιδιών ή / και των αδελφών, φυσικών ή υιοθετημένων, κάτω των 18 ετών που ζουν στο σπίτι.

Μέλος Οικογένειας	Ηλικία	Σχέση με τον Ασθενή	Πηγή Εισοδήματος ή Όνομα Εργοδότη	Μηνιαίο Ακαθάριστο Εισόδημα

1.				
2.				
3.				
4.				

Εκτός από την Αίτηση Ιατρικής Φροντίδας χρειαζόμαστε επίσης τα ακόλουθα έγγραφα που πρέπει να επισυνάπτονται σε αυτήν την αίτηση:

- Τρέχουσες δηλώσεις φόρου εισοδήματος
- Πρόσφατες Δηλώσεις W2 και/η Έντυπα 1099
- Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα μισθοδοσίας
- Τέσσερα πιο πρόσφατα αντίγραφα λογαριασμού μισθοδοσίας ή / και ταμειυτηρίου
- Διακανονισμοί οφειλών υγείας
- Αποταμιευτικός λογαριασμός υγείας
- Ευέλικτοι λογαριασμοί δαπανών
- Αντίγραφα όλων των ιατρικών λογαριασμών

Εάν αυτά δεν είναι διαθέσιμα, καλέστε τη Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων στο (781) 744-8815 για να συζητήσετε άλλα έγγραφα που μπορείτε να παρέχετε.

Καταγράψτε όλα τα ιατρικά χρέη και δώστε αντίγραφα των λογαριασμών που πραγματοποιήθηκαν τους προηγούμενους δώδεκα μήνες:

Ημερομηνία παροχής	Τόπος Παροχής	Οφειλή
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Δώστε μια σύντομη εξήγηση για το γιατί η πληρωμή αυτών των ιατρικών λογαριασμών θα είναι μια δυσχέρεια:

Με την υπογραφή μου παρακάτω, βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που υποβάλλονται στην αίτηση είναι αληθείς όσο γνωρίζω, καταλαβαίνω και πιστεύω.

Υπογραφή Αιτούντα: _____

Σχέση με τον Ασθενή: _____

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: _____

Περιμένετε 30 ημέρες από την ημερομηνία παραλαβής της συμπληρωμένης αίτησης για προσδιορισμό της επιλεξιμότητας.

Εάν είστε επιλέξιμοι, η βοήθεια χορηγείται για έξι μήνες από την ημερομηνία έγκρισης και ισχύει για όλους τους συνεργάτες της Beth Israel Lahey Health, όπως ορίζεται στο Παράρτημα 5 των αντίστοιχων Πολιτικών Οικονομικής Βοήθειας

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

Μόνο Προσωπικό.	
Η Αίτηση παραλήφθηκε από:	
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"/>
Ημερομηνία Παραλαβής:	