

Αγαπητέ Ασθενή,

Συνημμένη είναι η-Αίτηση Ιατρικής Βοήθειας του Νοσοκομείου Northeast Corporation, Νοσοκομείο Winchester , και Νοσοκομείο Lahey Clinic , 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.

Νοσοκομείο Northeast Corporation, Νοσοκομείο Winchester , και Νοσοκομείο Lahey Clinic , Inc. και οι συνεργάτες τους 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.

Ευχαριστούμε.

Επιστρέψτε την Αίτηση στο:

Τμήμα Οικονομικών Συμβούλων
Νοσοκομείο & Ιατρικό Κέντρο Lahey
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 ταμειυτηρίου υγείας (HSA), λογαριασμός επιστροφής χρημάτων υγείας (HRA), λογαριασμός ευέλικτων 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/ή 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.

| 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

AGH

BayRidge

BID Milton

BID Needham

BID Plymouth

Beverly

LHMC

LMC Peabody

MAH

NEBH

WH

Ημερομηνία

Παραλαβής: