



Swedish Covenant Hospital

Σας ευχαριστούμε που επιλέξατε το Swedish Covenant Hospital για τις ανάγκες της υγειονομικής σας περίθαλψης.

Σημαντικό: ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Ή ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ. Η συμπλήρωση αυτής της αίτησης θα βοηθήσει το Swedish Covenant Hospital να προσδιορίσει εάν δικαιούστε δωρεάν ή με έκπτωση υπηρεσίες ή άλλα δημόσια προγράμματα που μπορούν να βοηθήσουν στην πληρωμή της υγειονομικής σας περίθαλψης. Παρακαλούμε υποβάλετε αυτήν την αίτηση στο Νοσοκομείο.

ΕΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ, ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΝΑ ΠΛΗΡΟΙΤΕ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Ή ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ. Ωστόσο, απαιτείται Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης για ορισμένα δημόσια προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του Medicaid. Η παροχή του Αριθμού Κοινωνικής Ασφάλισης δεν απαιτείται, αλλά θα βοηθήσει το Νοσοκομείο να προσδιορίσει εάν έχετε δικαίωμα σε οποιαδήποτε δημόσια προγράμματα.

Παρακαλούμε συμπληρώστε το παρόν έντυπο και υποβάλετέ το στο Νοσοκομείο αυτοπροσώπως, ταχυδρομικώς ή με φαξ, για να υποβάλετε αίτηση για δωρεάν ή εκπτώτικη περίθαλψη εντός 60 ημερών από την ημερομηνία της εξόδου σας από το νοσοκομείο ή την ημερομηνία που λάβατε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Παρακαλούμε συμπεριλάβετε δικαιολογητικά του εισοδήματός σας. Παραδείγματα δικαιολογητικών (παρέχετε οποιοδήποτε που ανταποκρίνεται στην περίπτωσή σας): τρέχουσες αποδείξεις εισοδήματος, αποδείξεις εισοδήματος από αυτο-απασχόληση, αντίγραφα επιταγών επιδόματος ανεργίας, αντίγραφα επιταγών κοινωνικής ασφάλισης, κατάσταση πληρωμών από εργοδότη σε μετρητά ή οποιοδήποτε άλλο έγγραφο. Εάν ο εργοδότης(ες) σας πληρώνει με μετρητά, αναφέρετε το εισόδημά σας γραπτώς στην παρούσα αίτηση για τις δύο τελευταίες περιόδους πληρωμής.

Επικοινωνήστε με το Γραφείο Πιστωτικών Υπηρεσιών (773-989-3841) εάν χρειάζεστε βοήθεια για να κατανοήσετε τα πράγματα που πρέπει να κάνετε. Μπορείτε να στείλετε τις συμπληρωμένες αιτήσεις ταχυδρομικά ή με φαξ στη διεύθυνση:

Swedish Covenant Hospital
Attention: Financial Service Center
5145 N. California Avenue
Chicago, IL 60625

Φαξ: 773-878-6838

Ο/Η ασθενής αποδέχεται ότι έχει καταβάλει καλόπιστη προσπάθεια να παρέχει όλες τις πληροφορίες που ζητούνται στην αίτηση για να βοηθήσει το Νοσοκομείο να προσδιορίσει εάν ο/η ασθενής είναι επιλέξιμος/η για οικονομική βοήθεια.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

οποιαδήποτε οικονομική ενίσχυση που μου χορηγήθηκε μπορεί να αντιστραφεί και θα είμαι υπεύθυνος για την πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου.

Υπογραφή/Ημερομηνία
Ασθενούς/Αιτούντος



Swedish Covenant Hospital

ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Ημερομηνία αίτησης: _____

Όνομα ασθενούς: _____

Αριθμός(οί) λογαριασμού(ών): _____

Συνολική ευθύνη του ασθενούς: _____

Ημερομηνία λήξης πληροφοριών: _____

Δήλωση ασθενούς

Αριθμός ατόμων στην οικογένεια/οικιακό περιβάλλον του ασθενούς _____

Αριθμός ατόμων που εξαρτώνται οικονομικά από τον ασθενή _____

Ηλικίες των ατόμων που εξαρτώνται από τον ασθενή _____

Αναφέρατε τρέχοντα έσοδα και εισόδημα (κάθε εβδομάδα, δεύτερη εβδομάδα, μηνιαίως, ετησίως)

Ασθενής _____

Σύζυγος _____

Άλλος/η _____

Σχόλιο: _____

Περιουσιακά στοιχεία και πληροφορίες κατ' εκτίμηση αξίας των περιουσιακών στοιχείων, που περιορίζονται στα εξής:

Λογαριασμός(οί) όψεως: _____

Λογαριασμός(οί) ταμειυτηρίου: _____

Μετοχές: _____

Πιστοποιητικά καταθέσεων: _____

Αμοιβαία κεφάλαια: _____

Αυτοκίνητα: _____

Ακίνητη περιουσία: _____

Λογαριασμοί αποταμιεύσεων υγείας/ευέλικτοι λογαριασμοί δαπανών: _____

Μηνιαία έξοδα πληροφόρησης και εκτιμώμενα ποσά εξόδων, που περιορίζονται σε:

Στέγαση: _____

Λογαριασμοί κοινωφελών υπηρεσιών:

Ηλεκτρικό _____

Θέρμανση _____

Νερό _____

Τρόφιμα: _____

Μεταφορικά: _____

Παιδική φροντίδα: _____

Δάνεια: _____

Εάν ο ασθενής πληροί το τεκμαρτό κριτήριο επιλεξιμότητας που καθορίζεται στην Ενότητα 4500.40 ή υπόκειται σε άλλο τεκμαρτό κριτήριο επιλεξιμότητας βάσει του εισοδήματος του ασθενούς, ο ασθενής δεν θα απαιτείται να συμπληρώσει τις ενότητες της αίτησης που αφορούν σε πληροφορίες μηνιαίων εξόδων και κατ' εκτίμηση έξοδα που καθορίζονται στην ενότητα (ζ).

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθείς και ορθές σύμφωνα με τα όσα γνωρίζω. Θα υποβάλω αίτηση για οποιαδήποτε πολιτειακή, ομοσπονδιακή ή τοπική αρωγή την οποία μπορεί να δικαιούμαι, ως βοήθημα για την πληρωμή του παρόντος λογαριασμού του νοσοκομείου. Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που παρέχονται μπορεί να ελεγχθούν από το νοσοκομείο και Εξουσιοδοτώ το νοσοκομείο να επικοινωνήσει με τρίτους για την επαλήθευση της ακρίβειας των πληροφοριών που παρείχα. Κατανοώ ότι εάν παρέχω εν γνώσει μου αναληθείς πληροφορίες σε αυτήν την αίτηση, δεν θα είμαι επιλέξιμος για οικονομική βοήθεια, οποιαδήποτε οικονομική ενίσχυση που μου χορηγήθηκε μπορεί να αντιστραφεί και θα είμαι υπεύθυνος για την πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου.

Υπογραφή/Ημερομηνία Ασθενούς/Αιτούντος _____