

**Αίτηση οικονομικής ενίσχυσης**  
(Η αίτηση πρέπει να συμπληρωθεί **ΠΛΗΡΩΣ**)

Ημερομηνία αίτησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Στοιχεία ασθενούς:

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα \_\_\_\_\_ Αρχικό δεύτερου ονόματος \_\_\_\_\_

Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Αριθμός Κοινων. Ασφάλισης (Social Security #): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Αριθμ. διαμερίσματος \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο οικείας (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Άλλο τηλέφωνο (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Συνοικούντα εξαρτώμενα μέλη:**

	<b>Όνοματεπώνυμο</b>	<b>Ημ/νία γέννησης</b>	<b>Συγγένεια με τον ασθενή</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			
<b>4.</b>			
<b>5.</b>			

**Στοιχεία εισοδήματος:**

<b>Εισόδημα</b>	<b>Ασθενής</b>	<b>Σύζυγος</b>
Εργοδότης		
Ακαθάριστο εισόδημα από μισθωτή εργασία		
Εισπραχθείσα διατροφή ανηλίκων τέκνων/συζύγου		
Σύνταξη (pension)		
Επιδόματα ανεργίας		
Παροχές κοινωνικής ασφάλισης (social security benefits)		
Εισόδημα από μισθώσεις		
Άλλο εισόδημα		
Κουπόνια σίτισης		
<b>Σύνολο εισοδήματος</b>		

Προσκομίστε αντίγραφα των διαθέσιμων δικαιολογητικών που αναγράφονται στη συνημμένη λίστα Δικαιολογητικών και Εντύπων Πιστοποίησης. Οι ασθενείς πρέπει να προσκομίσουν αυτά τα στοιχεία εντός 15 ημερών από τη λήψη της αίτησης. Όλα τα στοιχεία που παρέχονται, αναφέρονται σε συζητήσεις ή καταχωρούνται αναφορικά με την παρούσα αίτηση είναι εμπιστευτικά. Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε περαιτέρω βοήθεια, επικοινωνήστε με έναν Σύμβουλο Οικονομικής Ενίσχυσης στα τηλέφωνα (203) 276-7515 ή (203) 276-4831 στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών.

Επιπλέον στοιχεία, τα οποία ο αιτών επιθυμεί να ληφθούν υπόψη:

---

---

---

Δια του παρόντος αιτούμαι οικονομική ενίσχυση από το Νοσοκομείο Stamford, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε κεφάλαια για δωρεάν ή μειωμένο κόστος νοσηλείας (bed funds), τα οποία ενδεχομένως να είναι διαθέσιμα και για τα οποία μπορεί να πληρώ τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Κατανοώ ότι τα στοιχεία που έχω υποβάλει θα εξακριβωθούν από το Νοσοκομείο Stamford. Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία ανωτέρω είναι ορθά και ακριβή. Κατανοώ ότι μπορεί να μου ζητηθεί να υποβάλω αίτηση για οικονομική ενίσχυση από δημόσιους φορείς, εάν πληρώ τις προϋποθέσεις.

Υπογραφή αιτούντα: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Σας επισημαίνεται ότι η μη συμπλήρωση αυτής της αίτησης και η μη προσκόμιση των αιτούμενων στοιχείων εντός της ορισμένης προθεσμίας θα καθυστερήσει τη διεκπεραίωση του αιτήματός σας και ενδεχομένως να οδηγήσει στην κρίση ότι δεν είστε επιλέξιμοι για οικονομική ενίσχυση.

-----

**ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ**

Αριθμός φακέλου: \_\_\_\_\_

Αριθμός οικογενειακών μελών \_\_\_\_\_

Εγκεκριμένο επίπεδο οικονομικής ενίσχυσης: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

Πρόγραμμα Οικον. Ενίσχυσης (FAP) που εγκρίθηκε: Από: \_\_\_\_\_ Έως: \_\_\_\_\_

Προγεννητική φροντίδα που εγκρίθηκε: Από: \_\_\_\_\_ Έως: \_\_\_\_\_

Ημερομηνίας απόρριψης: \_\_\_\_\_

Λόγος απόρριψης: \_\_\_\_\_

Υπογραφή Οικ. Συμβούλου (FC): \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Δικαιολογητικά και Έντυπα Πιστοποίησης**

Προσκομίστε τα σχετικά έγγραφα που αναφέρονται κατωτέρω για τον αιτούντα/σύζυγο ή σύντροφο και τέκνα (εάν ο αιτών είναι ανήλικος, χορηγήστε τα στοιχεία των γονέων) στον Σύμβουλο Οικονομικής Ενίσχυσης ή στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών.

**ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΩΝ ΑΚΟΛΟΥΘΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**

**Ασφάλιση:**

Υγείας	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ ή <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αστικής Ευθύνης	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ ή <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Εργατικών ατυχημάτων	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ ή <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αυτοκινητιστικού Ατυχήματος	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ ή <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έχετε υποβάλει αίτηση για ασφαλιστική κάλυψη με το Access Health CT			<input type="checkbox"/> ΝΑΙ ή <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

**\*ΟΛΑ ΤΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΣΥΖΥΓΟ, ΣΥΝΤΡΟΦΟ, ΣΥΜΒΙΟΥΝΤΑ/ΣΥΜΒΙΟΥΣΑ ΚΑΙ ΤΑ ΤΕΚΝΑ ΠΟΥ ΣΥΝΟΙΚΟΥΝ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.**

**Παροχές από ομοσπονδιακές και πολιτειακές υπηρεσίες:**

- Επιστολή Απόρριψης της Υπηρεσίας Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Κουπόνια σίτισης/Επιστολή οικονομικής ενίσχυσης με μετρητά
- Ιατρική (Medicaid) κάλυψη από την Υπηρεσία Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Επιστολή παροχών κοινωνικής ασφάλισης (social security benefits)

**Ταυτότητα:**

- Ταυτότητα με φωτογραφία / Άδεια οδήγησης / Διαβατήριο / Κάρτα Μόνιμου Κατοίκου Η.Π.Α.
- Αποδεικτικό τρέχουσας διεύθυνσης (λογαριασμός ηλεκτρικού, νερού, φυσικού αερίου, καλωδιακής, τηλεφώνου)
- Πιστοποιητικό γέννησης τέκνων

**Εισόδημα: εισόδημα από μισθωτή εργασία, φιλοδομήματα και μερίσματα**

- Πιο πρόσφατη Φορολογική Δήλωση και W-2 ή 1099 που έχετε υποβάλει
- Πιο πρόσφατα αποκόμματα μισθοδοσίας (4 εάν πληρώνεστε εβδομαδιαίως / 2 εάν πληρώνεστε κάθε δύο εβδομάδες και 2 εάν πληρώνεστε μηνιαίως)
- Επιστολή από τον εργοδότη ή δική σας επικυρωμένη από συμβολαιογράφο
- Ιστορικό καταβολής επιδομάτων ανεργίας (εάν λαμβάνετε επίδομα ανεργίας)
- Εάν είστε άνεργος, προσκομίστε επιστολή επικυρωμένη από συμβολαιογράφο που θα αναφέρει τους πόρους οικονομικής σας στήριξης.
- Διατροφή συζύγου και ανήλικων τέκνων (δικαστικό έγγραφο ή επικυρωμένη επιστολή από συμβολαιογράφο που θα αναφέρει το ποσό που λαμβάνετε)

**Περιουσιακά στοιχεία:**

- Πιο πρόσφατη αναλυτική κίνηση τραπεζικών λογαριασμών για όλα τα συννοικούντα μέλη (Λογαριασμός όψεως, αποταμίευσης, CD, 401K, 403B)
  - ΝΑΙ ή  ΟΧΙ Εάν, όχι, μονογράψτε \_\_\_\_\_
- Έχετε άλλο ακίνητο εκτός από την κύρια κατοικία σας;
  - ΝΑΙ ή  ΟΧΙ Εάν, όχι, εισόδημα από μισθώσεις \$ \_\_\_\_\_

**Στοιχεία κατοικίας:**

- Απόδειξη ενοικίου / Αναλυτική κίνηση μίσθωσης ή στεγαστικού δανείου
- Επιστολή από τον εκμισθωτή/ιδιοκτήτη ή δική σας, επικυρωμένη από συμβολαιογράφο (ποσό που καταβάλλετε μηνιαίως για ενοίκιο)
- Επιστολή από ξενόνα αστέγων

**Προγεννητικό πρόγραμμα:**

- Σύμβαση προγεννητικού προγράμματος (Σύμβαση Optimus/TSH)