

Αίτηση Οικονομικής Ενίσχυσης
(Η αίτηση πρέπει να συμπληρωθεί **ΠΛΗΡΩΣ**)

Ημερομηνία αίτησης: ____/____/____

Στοιχεία ασθενούς:

Επώνυμο: _____ Όνομα _____ Αρχικό δεύτερου ονόματος _____

Ημερομηνία γέννησης: ____/____/____ Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης: _____

Διεύθυνση: _____ Αρ. διαμ./σουίτας _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. Κώδικας: _____

Τηλέφωνο οικίας (____) _____ Άλλος αριθμός τηλεφώνου (____) _____

Εξαρτώμενα μέλη του νοικοκυριού:

	Όνοματεπώνυμο	Ημερομηνία γέννησης	Συγγένεια με τον ασθενή
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Στοιχεία εισοδήματος:

Εισόδημα	Ασθενής	Σύζυγος
Εργοδότης		
Μικτές αποδοχές		
Εισπραχθείσα διατροφή συζύγου/τέκνων		
Σύνταξη		
Επιδόματα ανεργίας		
Επικουρική σύνταξη		
Εισόδημα από εκμισθώσεις (ενοίκια)		
Άλλο εισόδημα		
Κουπόνια σίτισης (food stamps)		
Συνολικό εισόδημα		



Παρακαλούμε να προσκομίσετε αντίγραφα των διαθέσιμων δικαιολογητικών που παρατίθενται στην επισυναπτόμενη λίστα Δικαιολογητικών και Αποδεικτικών Εντύπων. Οι ασθενείς θα προσκομίσουν αυτές τις πληροφορίες εντός 15 ημερών από τη λήψη της αίτησης. Μπορείτε να ταχυδρομήσετε ή να παραδώσετε οι ίδιοι τα έγγραφά σας. Η διεύθυνση παρέχεται παρακάτω. Όλες οι πληροφορίες που παρέχονται, αναφέρονται ή καταγράφονται σε σχέση με την παρούσα αίτηση είναι εμπιστευτικές. Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε περαιτέρω βοήθεια, επικοινωνήστε με έναν Σύμβουλο Οικονομικής Ενίσχυσης στον αριθμό (203) 276-7515 ή (203) 276-4831 στο Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών (Patient Business Department).

Ταχυδρομική διεύθυνση:
 Stamford Health
 One Hospital Plaza
 PO Box 9317
 Stamford, CT 06904

Φυσική διεύθυνση:
 Stamford Health
 3001 Summer St; 2nd Floor
 Stamford, CT 06905

Πρόσθετες πληροφορίες, τις οποίες ο/η αιτών(ούσα) επιθυμεί να ληφθούν υπ' όψιν:

Δια της παρούσας αιτούμαι οικονομική ενίσχυση από το Νοσοκομείο Στάμφορντ [Stamford Hospital], συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε κονδύλια για νοσοκομειακή κλίνη, τα οποία μπορεί να διατίθενται και για τα οποία μπορεί να πληρώ τις προϋποθέσεις. Κατανοώ ότι οι πληροφορίες, τις οποίες έχω υποβάλει υπόκεινται σε εξακρίβωση από το Νοσοκομείο Στάμφορντ [Stamford Hospital]. Βεβαιώνω ότι οι προαναφερθείσες πληροφορίες είναι αληθείς και ορθές. Κατανοώ ότι μπορεί να μου ζητηθεί να υποβάλλω αίτηση για κρατική ενίσχυση, εάν πληρώ τις προϋποθέσεις.

Υπογραφή αιτούντα(ούσας): _____ Ημερομηνία: _____

Επισημαίνεται ότι η παράλειψη συμπλήρωσης της παρούσας αίτησης και προσκόμισης των αιτούμενων πληροφοριών εντός του ορισθέντος χρονικού διαστήματος θα καθυστερήσει τη διεκπεραίωση της αίτησής σας και μπορεί να οδηγήσει στην απόφαση ότι δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για οικονομική ενίσχυση.

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Δικαιολογητικά και Αποδεικτικά Έντυπα

Παρακαλούμε να προσκομίσετε τα σχετικά έγγραφα από αυτά που αναγράφονται παρακάτω για τον/την αιτούντα(ούσα)/σύζυγο και τέκνα (εάν ο/η αιτών(ούσα) είναι ανήλικος(η), προσκομίστε τα στοιχεία των γονέων) στον Σύμβουλο Οικονομικής Ενίσχυσης ή στο Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών Ασθενών (Patient Business Services Department).

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΩΝ ΑΚΟΛΟΥΘΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**Ασφάλιση:**

Υγείας ΝΑΙ ή ΟΧΙ Αστικής ευθύνης προς τρίτους ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Εργατικών ατυχημάτων ΝΑΙ ή ΟΧΙ Τροχαίων ατυχημάτων (MVA) ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Έχετε κάνει αίτηση για ασφαλιστική κάλυψη από την Access Health CT ΝΑΙ ή ΟΧΙ

ΟΛΑ ΤΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΤΕΚΝΑ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ.*Ομοσπονδιακές και πολιτειακές παροχές:**

- Επιστολή απόρριψης από τη Διεύθυνση Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Κουπόνια σίτισης/Επιστολή ενίσχυσης με μετρητά
- Κάλυψη Medical (Medicaid) από τη Διεύθυνση Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Επιστολή επικουρικής σύνταξης

Αποδεικτικό ταυτότητας:

- Ταυτότητα με φωτογραφία / Άδεια οδήγησης / Διαβατήριο / Δελτίο μόνιμης διαμονής
- Αποδεικτικό τρέχουσας διεύθυνσης (λογαριασμοί ΔΕΚΟ, καλωδιακής τηλεόρασης, τηλεφώνου)
- Πιστοποιητικό γέννησης τέκνων

Εισόδημα: αποδοχές, μισθοί, φιλοδώρηματα και μερίσματα

- Πιο πρόσφατα αποκόμματα μισθού (4, εάν η πληρωμή γίνεται εβδομαδιαία / 2, εάν γίνεται κάθε δύο εβδομάδες και 2, εάν γίνεται μηνιαία)
- Επιστολή από εργοδότη ή από εσάς τους ίδιους χρειάζεται σε περίπτωση πληρωμής με μετρητά ή ιδιωτική επιταγή
- Ιστορικό πληρωμών επιδομάτων ανεργίας (εάν λαμβάνετε επίδομα ανεργίας)
- Εάν είστε άνεργοι, παράσχετε επιστολή που αναφέρει τους πόρους διαβίωσής σας.
- Διατροφή συζύγου ή/και τέκνων (Δικαστική απόφαση ή επιστολή που αναφέρει το ποσό που λαμβάνετε)
- Είστε ιδιοκτήτης άλλου ακινήτου πέραν αυτού της κύριας κατοικίας σας;
 ΝΑΙ ή ΟΧΙ εάν ναι, εισόδημα από ενοίκια \$ _____

Φόροι:

- Πιο πρόσφατο εκκαθαριστικό εφορίας και φορολογικά έντυπα W-2 ή 1099

Τραπεζικά στοιχεία:

- Πιο πρόσφατα αντίγραφα κίνησης τραπεζικών λογαριασμών για ασθενή και σύζυγο (τρεχούμενοι, ταμειυτηρίου)
 ΝΑΙ ή ΟΧΙ εάν όχι, μονογράψτε _____

Στοιχεία κατοικίας:

- Απόδειξη πληρωμής ενοικίου / Αντίγραφο κίνησης του λογαριασμού μίσθωσης ή στεγαστικού δανείου
- Επιστολή από τον εκμισθωτή ή εσάς τους ίδιους (ποσό που καταβάλλετε για ενοίκιο κάθε μήνα)
- Επιστολή από δομή αστέγων