

Εγκατάσταση _____ Αρ. Λογαριασμού _____

Επώνυμο ασθενή _____ Όνομα _____ Μεσαίο όνομα _____

Αρ. Κοινωνικής Ασφάλισης _____ Ημερομηνία γέννησης _____ Οικογενειακή κατάσταση _____ Αρ. τηλεφώνου _____

Διεύθυνση ασθενή _____

Εργοδότης _____ Εργοδότης συζύγου _____

Μέλη οικογένειας (Καταγράψτε τον/την σύζυγο και τα εξαρτώμενα παιδιά κάτω των 18 ετών ή όπως αναγράφονται στις φορολογικές σας δηλώσεις και την/τις ημερομηνία(ες) γέννησής τους):

Όνομα	Ημερομηνία γέννησης	Όνομα	Ημερομηνία γέννησης
1. _____	/ _____ /	4. _____	/ _____ /
2. _____	/ _____ /	5. _____	/ _____ /
3. _____	/ _____ /	6. _____	/ _____ /

ΟΙ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΥΝ ΟΛΑ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

BonSecours Financial Assistance Program

P.O. Box 742431

Atlanta, GA 30374-2431

Παρακαλούμε απαντήστε σε **κάθε** ερώτηση και προσφέρετε τις απαιτούμενες πληροφορίες

ΟΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣ ΠΡΙΝ ΛΑΒΟΥΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ.

ΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΘΑ ΕΚΔΙΔΟΝΤΑΙ ΕΝΤΟΣ 60 ΗΜΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗ ΜΑΣ

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις	Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε παραχωρήστε τα παρακάτω για ΚΑΘΕ μέλος της οικογένειάς σας που λαμβάνει την παροχή.
Υπάρχει κάποιο αυτοαπασχολούμενο μέλος στην οικογένειά σας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟ/ΤΑ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟ(Α) έντυπο(α) συμπεριλαμβανομένων των φόρων επιχείρησης από το πιο πρόσφατο οικονομικό έτος και την τελευταία τριμηνιαία υποβολή εισοδήματος για το τρίμηνο
Υπάρχει κάποιο άλλο απασχολούμενο μέλος στην οικογένειά σας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	3 πιο πρόσφατες αποδείξεις μισθοδοσίας ή υπογεγραμμένη επιστολή από τον εργοδότη
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να λαμβάνει παροχές λόγω ανεργίας ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Επιστολή παροχών ή έντυπο ανεργίας από την ιστοσελίδα της Πολιτείας
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να έχει Κοινωνική Ασφάλιση ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Επιστολή παροχών Κοινωνικής Ασφάλισης ή συμπληρωμένη δήλωση τραπέζης αν γίνεται άμεση κατάθεση
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να παίρνει Σύνταξη ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Επιστολή συνταξιοδότησης ή συμπληρωμένη δήλωση τραπέζης αν γίνεται άμεση κατάθεση
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να λαμβάνει παροχές από Βοηθητικό Πρόγραμμα Συμπληρωματικής Διατροφής ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Επιστολή Βοηθητικού Προγράμματος Συμπληρωματικής Διατροφής
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να λαμβάνει Διατροφή Παιδιού ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Έγγραφο δικαστικής απόφασης ή επιστολή από γονέα που δεν έχει την επιμέλεια
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να έχει στην κατοχή του ενοικιαζόμενη ιδιοκτησία ή ακίνητα για επενδύσεις ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Μισθωτήριο συμφωνητικό/αποδεικτικά έγγραφα που αναγράφουν το ποσό εισοδήματος
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να έχει άλλες πηγές εισοδήματος ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Μετοχές, Ομόλογα, Πιστοποιητικό καταθέσεων πρόσθετης περιουσίας, κτλ... Επισυνάψτε τρέχουσα(ες) δήλωση(εις)
Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας που να έχει τρεχούμενο λογαριασμό, λογαριασμό ταμιευτηρίου ή χρηματογοράς ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Επισυνάψτε ένα συμπληρωμένο αντίγραφο κατάστασης των τελευταίων 30 ημερών για κάθε λογαριασμό
<p>ΚΑΝΕΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</p> <p>Αν δηλώσετε ότι στο σπίτι σας δεν υπάρχει κανένα εισόδημα τότε θα πρέπει το άτομο που σας προσφέρει φαγητό, στέγαση και καλύπτει τα καθημερινά σας έξοδα διαβίωσης να υπογράψει παρακάτω και να δηλώσει τι είδος βοήθεια σας παρέχει.</p> <p>Δηλώνω ότι εγώ (όνομα) _____ (αριθμός τηλεφώνου) _____ προσφέρω τροφή, στέγαση και καλύπτω τα καθημερινά έξοδα διαβίωσης για τον ανωτέρω ασθενή ή/και του παρέχω μηνιαίως ένα εισόδημα των \$ _____ Βοήθεια που παρέχεται: _____</p> <p>Υπογραφή _____ Σχέση _____ Ημερομηνία _____</p>	

Οι αιτούντες με ΒΙΖΑ θα πρέπει να υποβάλλουν ένα αντίγραφο με όλες τις πληροφορίες ασφάλισης, οικονομικές ή/και χορήγησης που παρέχονται για να λάβουν τη ΒΙΖΑ.

>>>Συνέχεια<<<

R040116

Επώνυμο ασθενή _____ Όνομα _____ Μεσαίο όνομα _____

Κατάλογος αξίας προσωπικών περιουσιακών στοιχείων

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα _____	Πιστοποιητικό Καταθέσεων (Αξία σε μετρητά) _____
Μετρητά στο χέρι/Χρήματα στην τράπεζα/Λογαριασμός(οί) ταμειευτηρίου _____	Κύρια κατοικία (Αξία σε μετρητά) _____
Μηνιαίο ενοίκιο _____	Λοιπή ακίνητη περιουσία (Αξία σε μετρητά) _____
Μηνιαία πληρωμή υποθηκών _____	Πρόγραμμα συνταξιοδότησης (Αξία σε μετρητά) _____

Η θεραπεία για αυτή την υπηρεσία οφείλεται σε κάποιο ατύχημα; Ναι _____ Όχι _____ (Το πρόγραμμα Χρηματοδοτικής Ενίσχυσης δεν ισχύει για θεραπείες που σχετίζονται με εργατικά ατυχήματα, επεμβάσεις αισθητικής ή διαδικασίες με πάγιο συντελεστή, ατυχήματα ή άλλες θεραπείες για τις οποίες λαμβάνετε αποζημίωση για τους ιατρικούς σας λογαριασμούς, πόνο και ταλαιπωρία και άλλες ζημιές).

Έχετε ασφάλεια υγείας ΝΑΙ ΟΧΙ (Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε παραχωρήστε μας παρακάτω περαιτέρω πληροφορίες)

1. Όνομα ασφάλειας _____ Όνομα ασφαλιζόμενου _____ Αρ. ασφαλιζόμενου _____
2. Όνομα ασφάλειας _____ Όνομα ασφαλιζόμενου _____ Αρ. ασφαλιζόμενου _____

Δια του παρόντος ζητώ από την εταιρεία Bon Secours Health System Inc., να προβεί σε γραπτή απόφαση της επιλεξιμότητάς μου για οικονομική ενίσχυση. Κατανοώ ότι, αν οι πληροφορίες που υποβάλλω αποδειχτούν ψευδείς τότε αυτό ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησής μου και μπορεί να θεωρηθώ υπεύθυνος για τις χρεώσεις των υπηρεσιών που παρέχονται. Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς, ολοκληρωμένες και σωστές σύμφωνα με όλα όσα γνωρίζω. Αναγνωρίζω ότι είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη η συνεργασία με τον προμηθευτή ελέγχου επιλεξιμότητας για τηνοικονομική ενίσχυση.

Επιπλέον σχόλια

Υπογραφή υπεύθυνου προσώπου: _____ **Ημερομηνία:** _____

Η εταιρεία Bon Secours Health System Inc., διατηρεί το δικαίωμα να επικυρώνει τις πληροφορίες που αναφέρονται στην αίτηση για Οικονομική Ενίσχυση, όπως οι προσπάθειες για την επικύρωση του προσωπικού εισοδήματος ή η έλλειψη αυτών, θα διεξάγεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρείται η απόλυτη εμπιστευτικότητα και σε καμία περίπτωση δεν θα δημιουργεί καμία αναφορά από οποιοδήποτε γραφείο πίστωσης που θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την ιδιωτική ζωή του αιτούντος.

Αν χρειαστείτε περαιτέρω βοήθεια, παρακαλούμε επισκεφθείτε κάποιον οικονομικό σύμβουλο στο νοσοκομείο BonSecours της περιοχής σας ή καλέστε το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών μας.

Ρίτςμοντ Αστική χρέωση 804-342-1500
Χωρίς χρέωση 877-342-1500
Δευτέρα – Παρασκευή 8:30 π.μ. με 1:00 μ.μ. και 2:00 μ.μ. με 7:00 μ.μ.