

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΠΟΛΗ: _____ ΠΟΛΙΤΕΙΑ: _____ ZIP: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: _____
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: _____
CSN: _____
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: _____

ΤΑ ΚΑΤΩΘΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΓΙΑ ΝΑ ΕΞΕΤΑΣΤΕΙ Η ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ. ΛΑΒΕΤΕ ΥΠΟΨΗ ΠΩΣ ΟΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΟΦΕΙΛΟΥΝ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΟΥΝ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΑΡΟΧΟ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΠΡΑΞΗ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ. ΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΕΝΤΟΣ 90 ΗΜΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΑΡΟΧΟ

ΟΝΟΜΑ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Α ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ 3 ΜΗΝΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΠΗΓΗΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΥΧΟΝ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ)
	Ο ΙΔΙΟΣ				

1. **ΑΝ ΔΗΛΩΣΑΤΕ ΜΗΔΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΠΩΣ ΣΥΝΤΗΡΕΙΣΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ;** _____
2. ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΔΙΑΜΕΝΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΑΣ; _____
3. ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ MEDICAID Ή ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΚΟΜΗΤΕΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ; ΟΧΙ ΝΑΙ (ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/ΠΟΛΙΤΕΙΑ _____)
4. ΕΙΧΑΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ; ΟΧΙ ΝΑΙ (ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ)
5. Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΕΙΧΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΡΟΧΑΙΟ ΔΥΣΤΥΧΗΜΑ; ΟΧΙ ΝΑΙ (ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ΑΡ. ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ _____)
6. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ΚΑΤΟΧΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΟΨΕΩΣ Ή ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ; ΟΧΙ ΝΑΙ (ΑΞΙΑ _____)
7. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΑΛΛΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ; ΟΧΙ ΝΑΙ (ΤΥΠΟΣ/ΑΞΙΑ) _____
8. ΕΙΣΤΕ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ Ή ΜΙΣΘΩΤΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ; ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΜΙΣΘΩΤΗΣ ΑΛΛΟ (_____)

ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΤΕ ΤΑ ΕΞΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ:

(επιλέξτε τα στοιχεία που λαμβάνονται)

- ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ = ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3 Ή 12 ΜΗΝΩΝ
- ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ = ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΝΤΥΠΑ ΦΟΡΟΛΟΓΗΣΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΠΙΝΑΚΑ C
- ΑΝΕΡΓΙΑ = ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ
- ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΕΚΝΩΝ = ΕΓΓΡΑΦΟ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΕΝΤΟΛΗΣ
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ = ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ
- ΑΛΛΟ= ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΤΥΧΟΝ ΑΛΛΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ ΟΠΩΣ ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ, ΤΟΚΟΙ, ΕΙΣΠΡΑΞΗ ΕΝΟΙΚΙΟΥ
- ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΛΗ Ή ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ= ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ
- ΟΨΕΩΣ / ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ = ΕΝΤΥΠΟ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ: ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ, ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ. ΕΑΝ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΠΟΙΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΡΟΚΥΨΕΙ ΟΤΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝ ΛΟΓΩ ΑΤΟΜΟ ΗΤΑΝ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Ή ΠΑΡΑΠΟΙΗΜΕΝΑ, ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΑΝΑΚΛΗΘΕΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΑ ΧΡΕΩΘΕΙ. ΚΑΤΑΝΟΩ ΟΤΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΕΠΑΛΛΗΘΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΜΟΥ ΠΑΡΟΧΟ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΜΠΟΡΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ, ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΕΣ ΚΑΙ/Ή ΠΟΛΙΤΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ Ή ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ: _____ ΣΧΕΣΗ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____
(ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ)

ΤΑΧΥΔΡΟΜΗΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ
ΤΑ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
Bon Secours Southside Regional Medical Center
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805