



Αγαπητέ ασθενή,

### **Οδηγίες για την αίτηση**

Εάν επιθυμείτε να υποβάλετε αίτηση για το Πρόγραμμα Οικονομικής Υποστήριξης της Providence Health Services, παρακαλείστε να συμπληρώσετε και να επιστρέψετε τη συνημμένη Αίτηση. Εάν έχετε τις οποιοσδήποτε ερωτήσεις, ένας Αντιπρόσωπος Χρηματοδοτικής Υποστήριξης μπορεί να σας βοηθήσει καλώντας το 800-566-5050.

### **ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑ**

Προκειμένου να έχετε το δικαίωμα για Οικονομική Υποστήριξη, παρακαλείστε να λάβετε υπόψη σας τα εξής:

- Μπορεί να απαιτηθεί Αίτηση για τοπικό, κρατικό ή ομοσπονδιακή βοήθεια.
- **Το οικιακό εισόδημα πρέπει να επαληθεύεται. Παρακαλείστε να παρέχετε τεκμήρια του οικιακού εισοδήματος. (Φορολογική δήλωση ή / και πρόσφατα αποδεικτικά μισθοδοσίας) Εάν δεν έχετε εισόδημα, παρακαλείσθε να παράσχετε μια δήλωση που να εξηγεί πώς υποστηρίζετε οικονομικά.**
- Οι λοιπές πηγές εισοδήματος πρέπει επίσης να αναφέρονται. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν: διατροφή παιδιών, διατροφή, εργατικές αποζημιώσεις, δημόσια αρωγή, εισόδημα αυτοαπασχόλησης και επιδόματα ανεργίας.

### **Η Οικονομική Υποστήριξη δεν διατίθεται για:**

- Προσωπικά είδη, όπως τα έξοδα τηλεόρασης.
- Υπηρεσίες που δεν είναι ιατρικά αναγκαίες συμπεριλαμβανομένων των αισθητικών επεμβάσεων και των θεραπειών υπογονιμότητας
- Υπηρεσίες που καλύπτονται από ασφάλιση σε κάποιο άλλο δίκτυο υγειονομικής περίθαλψης.
- Διατιθέμενα χωρίς συνταγή φαρμακευτικά είδη.

***Ο καθορισμός της Οικονομικής Υποστήριξης ισχύει μόνο για την περίπτωση περίθαλψης για το οποίο συμπληρώνεται η παρούσα Αίτηση.***

**Ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτηση και την τεκμηρίωση στον:**

NRSC Financial Assistance Representative  
10330 N. Meridian Street, 2N PFS  
Indianapolis, Indiana 46290

**Στείλτε με φαξ τη συμπληρωμένη αίτηση και την τεκμηρίωση στο:**

(317) 583-2753 Υπόψη: NRSC Financial Assistance Representative

Για οποιοσδήποτε ερωτήσεις, παρακαλείστε να επικοινωνήσετε με το Κέντρο Εξυπηρέτησης των Πελατών μας στο 800-566-5050 Δευτέρα έως και Παρασκευή 8:00 π.μ. – 1:45 μ.μ. & 2:30 μ.μ. – 4:00 μ.μ. EST.



## ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

<b>ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΕΚΤΥΠΩΣΕΤΕ)</b>					Αριθμός Λογαριασμού
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	Ημερομηνία γέννησης:	Οικογενειακή κατάσταση:	Φύλο		Αριθμός τηλεφώνου
Διεύθυνση 2	Πόλη	Πολιτεία	T.K.	Δ/ση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail)	
Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης:	Εργοδότης	Πλήρης απασχόληση Μερική απασχόληση		Πόσες ημέρες/εβδομάδα	
Διεύθυνση εργοδότη:	Πόλη	Πολιτεία	T.K.	Αριθμός τηλεφώνου	

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο Ως ανωτέρω	Ημερομηνία γέννησης:	Οικογενειακή κατάσταση:	Φύλο		Αριθμός τηλεφώνου
Διεύθυνση 2		Νομός	TACHYKΩΔ	Δ/ση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail)	
Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης	Εργοδότης	Πλήρης απασχόληση Μερική απασχόληση		Πόσες ημέρες/εβδομάδα	
Διεύθυνση εργοδότη:	Πόλη	Πολιτεία	T.K.	Αριθμός τηλεφώνου	

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο συζύγου	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης	Ημερομηνία γέννησης:
Εργοδότης της συζύγου:	Διεύθυνση 2	Πόλη Πολιτεία T.K. Αριθμός τηλεφώνου

### Προστατευόμενα μέλη

Όνοματεπώνυμο	Ηλικία	Σχέση	Όνοματεπώνυμο	Ηλικία	Σχέση

ΜΙΚΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ			ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΜΗΝΙΑΙΑ ΒΑΣΗ	Πληρωμή	Υπόλοιπο
Δεδουλευμένα έσοδα αιτούντος			Υποθήκη / Ενοίκιο		
Εισόδημα της συζύγου του αιτούντος			Ηλεκτρικό		
Παροχές κοινωνικής ασφάλισης			Φυσικό αέριο		
Σύνταξη / Εισόδημα συνταξιοδότησης			Τηλέφωνο		
Επίδομα ανεργίας			Νερό		
Αποζημίωση εργαζομένου			Τρόφιμα		
Τόκος / Έσοδα από μερίσματα			Καλωδιακή τηλεόραση		
Υποστήριξη τέκνων			Πληρωμή αυτοκινήτου		
Διατροφή			Κινητό τηλέφωνο		
Εισόδημα από ενοίκια			Φροντίδα παιδιών		
Κουπόνια τροφίμων			Διατροφή τέκνου / Διατροφή		
Άλλο			Συνταγογραφούμενα φάρμακα		
Άλλο			<b>Πιστωτικές κάρτες:</b>		
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΜΙΚΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:</b>			1.		
			2.		
			3.		
<b>ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>			<b>Άλλος ιατρός /</b>		
Μετρητά			<b>Νοσοκομειακοί λογαριασμοί:</b>		
Αποταμειευτικός λογαριασμός					
Τρεχούμενος λογαριασμός					
C.D. (πιστοποιητικά καταθέσεων)					
Χρεόγραφα					
Ασφάλεια ζωής					
Άλλα ακίνητα					
Άλλο			<b>Έξοδα ασφάλισης:</b>		
<b>Όχημα / Κατασκευή &amp; Μοντέλο:</b>	<b>Έτος</b>	<b>Αξία</b>	1. Αυτοκίνητο		
			2. Ιδιοκτησία		
			3. Ιατρική / Ζωής		
			<b>Λοιπές πληρωμές δανείου</b>		
			1.		
			2.		
<b>Οικονομικές ρυθμίσεις</b>			<b>Άλλες μηνιαίες πληρωμές</b>		
Ασφάλεια Ζωής			κόμπρα		
Κληρονομιά			ασφάλεια ζωής		
Άλλο			3.		
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΑΚΙΝΗΤΩΝ</b>			<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΞΟΔΑ</b>		

**ΣΧΟΛΙΑ:** \_\_\_\_\_

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και πλήρεις εξ όσων γνωρίζω. Εξουσιοδοτώ δια της παρούσης το νοσοκομείο να λαμβάνει πληροφορίες από εξωτερικούς οργανισμούς αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας, εάν το νοσοκομείο το κρίνει απαραίτητο.

\_\_\_\_\_

Ημ/νία

\_\_\_\_\_

Υπογραφή ασθενούς, συζύγου, εγγυητή ή νόμιμου αντιπροσώπου

**PROVIDENCE HEALTH SERVICES**  
**ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ**

Η υπογραφή μου σε αυτή τη φόρμα βεβαιώνει ότι όλες οι δηλώσεις είναι αληθείς από ό,τι γνωρίζω και ότι έχω δηλώσει όλα τα στοιχεία που αφορούν την οικονομική μου κατάσταση. Κατανοώ και αναγνωρίζω ότι οποιαδήποτε ψευδή δήλωση σχετικά με την οικονομική μου κατάσταση αναφορικά με αυτήν την Αίτηση ή πιθανή αδυναμία μου να συνεργαστώ με τις ενέργειες πιστοποίησής μου για προγράμματα τα οποία ενδέχεται να καλύψουν το κόστος της περίθαλψής μου (για παράδειγμα, Medicaid, αξίωση για σωματική βλάβη, αποζημίωση εργαζομένων) μπορεί να καταστήσει άκυρη κάθε χορήγηση Οικονομικής Υποστήριξης και ότι στην περίπτωση αυτή θα ευθύνομαι προσωπικά για την εξόφληση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συμφωνώ να επιτρέψω στην Providence Health Services ή τους αντιπροσώπους της να ζητήσουν και να επανεξετάσουν μια έκθεση της πιστοληπτικής μου ικανότητας καθώς και να λάβουν άλλα εύλογα μέτρα για την επικύρωση όλων των παρεχόμενων πληροφοριών.

Κατανοώ ότι εφόσον λάβω έγκριση για μερική χρηματοοικονομική υποστήριξη, θα ευθύνομαι για την πληρωμή του υπολοίπου του λογαριασμού μου.

**Δήλωση σχετικά με το ακαθάριστο εισόδημα (προ φόρων και παρακρατήσεων)**

**Το συνολικό μου ετήσιο οικιακό εισόδημα** (προσθέστε τις ετήσιες στήλες του ασθενούς και της συζύγου από την άλλη πλευρά και σημειώστε το σύνολο από κάτω):

**Δήλωση που αφορά την έλλειψη εισοδήματος**

Περιγράψτε σύντομα την οικονομική σας κατάσταση διαβίωσης και το λόγο για τον οποίο χρειάζεστε οικονομική υποστήριξη σε σχέση με τους ιατρικούς σας λογαριασμούς.

**Παρακαλείστε να υπογράψετε στο κάτω μέρος:**

Γονέας / Κηδεμόνας

(Ημ/νια)