

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας

Η Hallmark Health υπερηφανεύεται για την παροχή της καλύτερης περίθαλψης για κάθε ασθενή. Η Hallmark προσφέρει οικονομική βοήθεια μέσω της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας σε ασθενείς που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για επείγοντα περιστατικά ή ιατρικά αναγκαία περίθαλψη. Η Οικονομική Βοήθεια της Hallmark Health δεν προορίζεται να καλύψει μη επείγουσα, μη έκτακτη περίθαλψη. Δεν προορίζεται να παρέχει εκπτώσεις για ασφαλιστικές συμμετοχές, συνασφάλιση, ή άλλες εκπτώσεις.

Οι Ασθενείς που έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν, θα κληθούν να πληρώσουν για υπηρεσίες που θα λάβουν από την Hallmark Health. Όμως, το δικαίωμα για οικονομική βοήθεια είναι διαθέσιμο για σας. Οι Ασθενείς ενθαρρύνονται ανεπιφύλακτα να υποβάλουν αίτηση για τυχόν διαθέσιμα κυβερνητικά προγράμματα βοήθειας που ενδεχομένως δικαιούνται, όπως το MassHealth, ή Health Safety Net, πριν υποβάλουν αίτηση στο πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας της Hallmark Health. Η Αδυναμία υποβολής αίτησης για ένα κυβερνητικό πρόγραμμα βοήθειας, το οποίο ενδεχομένως δικαιούστε, θα μπορούσε να οδηγήσει σε καθυστέρηση ή απόρριψη της αίτησης σας. Εάν χρειάζεστε βοήθεια για την υποβολή αίτησης για κυβερνητικά προγράμματα βοήθειας, μπορεί να σας βοηθήσει ένας από του Οικονομικούς Συμβούλους της Hallmark Health.

Τα προσόντα για το πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας εξαρτώνται από την πλήρη και ακριβή συμπλήρωση της Αίτησης για Οικονομική Βοήθεια.

Οδηγίες Αίτησης

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε πλήρως την Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας και να συμπεριλάβετε αντίγραφα των παρακάτω εγγράφων για όλους τους αιτούντες. Η μη απόδοση όλων των απαραίτητων εγγράφων εντός 30 ημερών θα προκαλέσει την ακύρωση της αίτησης. Παρακαλείσθε να επισυνάψετε αντίγραφα των εγγράφων που θα υποβάλετε γιατί δυστυχώς δεν μπορούν να επιστραφούν.

- Συμπληρώστε όλα τα κενά της αίτησης και βεβαιωθείτε ότι υπογράψατε τη δήλωση (Ο αιτων/ούσα) στη σελίδα 4.
- Συμπεριλάβετε ένα αντίγραφο της άδειας οδήγησης, κάποιο άλλο έγγραφο ταυτοποίησης απόδειξη ταυτότητας με φωτογραφία, ή έγγραφο που να πιστοποιεί τον τόπο κατοικίας. Οποιοδήποτε έγγραφο καταθέτετε πρέπει να φέρει το όνομά σας και την τρέχουσα διεύθυνση κατοικίας.
- Συμπεριλάβετε ένα αντίγραφο της ασφάλειάς σας. Ασφαλιστική(ές) Κάρτα(ες).
- Συμπεριλάβετε ένα αρχείο που να επαληθεύει το εισόδημά σας:
 - Συμπεριλάβετε ένα αντίγραφο του(ων) πρόσφατου(ων) εγγράφου(ων) W2 ή αποδεικτικό μισθοδοσίας (4 αν καταβάλλονται εβδομαδιαία, 2 αν καταβάλλονται κάθε 2 εβδομάδες).
 - Σε περίπτωση πρόσφατης αλλαγής εισοδήματος συμπεριλάβετε έγγραφα όπως καταστάσεις-δηλώσεις ανεργίας, εκκαθαριστικά/επενδυτική δήλωση, δηλώσεις-καταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης, δελτίο συντάξεως, και/ή δηλώσεις κοινωνικής ασφάλισης.
- Εάν ο ασθενής απεβίωσε, παρακαλείσθε να καταθέσετε ένα αντίγραφο πιστοποιητικού θανάτου και μια επιστολή που να δηλώνει την κατάσταση της διαθήκης.

Οικονομικοί Σύμβουλοι:

Για βοήθεια σχετικά με την ολοκλήρωση της αίτησης σας, επικοινωνήστε με το **781-338-7111** για να προγραμματίσετε μια συνάντηση με έναν από τους Οικονομικούς Συμβούλους της Hallmark Health. Οι Οικονομικοί Σύμβουλοι βρίσκονται στο: Νοσοκομείο Melrose-Wakefield, Οδός 585 Lebanon, 1ος όροφος κοντά στην είσοδο της οδού Porter, Νοσοκομείο Melrose ή Lawrence Memorial, Λεωφόρος 170 Governors, κοντά στα Επείγοντα, Medford.

Παρακαλώ Στείλτε την Συμπληρωμένη Αίτησή Σας στη διεύθυνση:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Μέρος 1: Σχετικά με τον Ασθενή	
Όνομα Ασθενούς:	
Ημερομηνία Γέννησης του/της Ασθενούς:	ΑΜΚΑ (SSN) Ασθενούς: Τηλέφωνο:
Τρέχουσα Διεύθυνση:	
Πόλη:	Πολιτεία: Ταχυδρομικός Κώδικας:
Είστε πολίτης των ΗΠΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Εάν ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΠΟΛΙΤΗΣ ΤΩΝ ΗΠΑ, είστε μόνιμος/η κάτοικος που διαμένει νόμιμα στις ΗΠΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Πληροφορίες Αιτούντων (Αν είναι διαφορετικές από τις Πληροφορίες Ασθενούς παραπάνω)	
Ο αιτών/ούσα είτε είναι ο/η ασθενής ή το άτομο που είναι οικονομικά υπεύθυνο για τον/την ασθενή.	
Όνομα Αιτούντος:	
Τρέχουσα Διεύθυνση Αιτούντος:	
Πόλη:	Πολιτεία: Ταχυδρομικός Κώδικας:
Τηλέφωνο Αιτούντος:	
Σχετικά με το Νοικοκυριό του/της Ασθενούς	
Λίστα όλων των μελών του νοικοκυριού, των ημερομηνιών γεννήσεώς τους και συγγένειας με τον/την ασθενή. Μέλος του νοικοκυριού είναι ένα άτομο το οποίο έχει συγγένεια με εσάς ή ζει με εσάς για ολόκληρο το έτος ως μέλος του νοικοκυριού που δηλώνετε στη φορολογική σας δήλωση.	
Μέλος Νοικοκυριού 1:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
Μέλος Νοικοκυριού 2:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
Μέλος Νοικοκυριού 3:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
Μέλος Νοικοκυριού 4:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
Μέλος Νοικοκυριού 5:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Σχέση με τον/την Ασθενή:
Μέρος 2: Ασφαλιστικές Πληροφορίες Ασθενούς	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Έχετε συμπληρώσει κάποια αίτηση Υγειονομικής Περιθαλψής τους τελευταίους έξι (6)	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Εκκρεμεί ή έχει εγκριθεί κάποια αίτηση Υγειονομικής Περιθαλψής;	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Έχει απορριφθεί η αίτηση σας για Υγειονομική Περιθαλψη;	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Έχετε ασφάλεια υγείας;	
Βασικές Πληροφορίες Ασφάλειας Υγείας:	
Όνομα Ασφάλειας:	
Διεύθυνση Ασφάλειας:	
Πολιτική/ID #:	Ομάδα #:
Όνομα συνδρομητή:	
Ημερομηνία Γέννησης Συνδρομητή:	Σχέση με τον/την Συνδρομητή/τρια:
Εταιρεία Συνδρομητή:	Ισχύουσα Ημερομηνία:
Δευτερεύουσες Πληροφορίες Ασφάλειας Υγείας:	
Όνομα Ασφάλειας:	
Διεύθυνση Ασφάλειας:	
Πολιτική/ID #:	Ομάδα #:
Συνδρομητής:	Ημερομηνία Γέννησης Συνδρομητή:
Σχέση με τον/την Συνδρομητή:	Εταιρεία Συνδρομητή:
Ισχύουσα Ημερομηνία:	

Part 3: Μηνιαίο Ποσό Ακαθάριστων Εισοδημάτων και Περιουσιακών Στοιχείων

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε αυτό το μέρος σχετικά με το δεδουλευμένο εισόδημα και περιουσιακών στοιχείων του ασθενούς και για κάθε μέλος του νοικοκυριού που απαριθμείτε στο Τμήμα 1 που δουλεύει. Παρακαλείσθε να συμπεριλάβετε το ακαθάριστο εισόδημα, το οποίο είναι το εισόδημα χωρίς φόρους και συμμετοχές.

	Ασθενής	Μέλος Νοικοκυριού 1	Μέλος Νοικοκυριού 2	Μέλος Νοικοκυριού 3	Μέλος Νοικοκυριού 4	Μέλος Νοικοκυριού 5
Μισθός/Ετήσιες Αποδοχές/Tips						
Επίδομα Ανεργίας						
Κοινωνική Ασφάλιση						
Επίδομα Διατροφής Τέκνων + Διατροφή						
Εισόδημα Αυτοαπασχολούμενου, έπειτα από Δαπάνες						
Έσοδα/ Έσοδα από Μερίσματα/σμα						
Σύνταξη						
Συνταξιοδοτικός λογαριασμός/Χρεόγραφα/Ομόλογα						
Εισόδημα Μισθωμάτων						
Πληρωμές Διαχείρισης						
Εργατική Αποζημίωση						
Παροχές για Βετεράνους						

Δήλωση Έλλειψης Εισοδήματος

ΝΑΙ ΟΧΙ Αν τα έσοδα του νοικοκυριού είναι μηδέν, υπάρχει κάποιος που σας στηρίζει οικονομικά;

Εάν απαντήσατε ναι παραπάνω, και σας στηρίζει κάποιο άλλο άτομο οικονομικά, παρακαλείται να συμπληρώσει και να υπογράψει τη δήλωση παρακάτω.

Όνομα Ασθενούς: Ο/Η _____, αυτή την περίοδο δεν έχει εισόδημα. Εγώ είμαι αυτός/αυτή που τον στηρίζω με αναγκαία τρόφιμα, στέγη, και ρούχα. Εγώ επίσης του παρέχω κατά μέσο όρο μηνιαία οικονομική βοήθεια ύψους _____ \$.

Υπογραφή Υποστηρικτή:

Ημερομηνία:

Περιουσιακά Στοιχεία Νοικοκυριού

Συμπληρώστε πληροφορίες λογαριασμού ταμειυτηρίου/αποταμίευσης παρακάτω.

Τύπος Λογαριασμού	Τραπεζικό Ίδρυμα	Υπόλοιπο

Άλλα Αριμήσιμα Περιουσιακά Στοιχεία

Συμπληρώστε πληροφορίες για κάθε τύπο λογαριασμού που έχετε:

Τύπος Λογαριασμού	Τραπεζικό Ίδρυμα	Υπόλοιπο
Χρεόγραφα/Ομόλογα		
Πιστοποιητικό Καταθέσεων		
Αποταμειωτικά Ομόλογα		
Βιβλιάριο Καταθέσεων Υγείας		
Πιστοποιητικό Αποταμιεύσεων		
Christmas or Vacation Clubs		
Άλλα		

Μέρος 4: Ιατρική Δυσχέρεια

Αυτό το τμήμα ίσως να μην είναι εφαρμοστέο για σας. Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το τμήμα εάν έχετε παρόχους. Μπορεί να σας ζητηθούν έγγραφα, αλλά δεν είναι αναγκαία τώρα.

Όνομα Παρόχου	Σύνολο Ιατρικών Εξόδων	Πόσο συχνά προκύπτουν τα έξοδα;
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως
		<input type="checkbox"/> Εβδομαδιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Ετησίως

Μέρος 5: ΈΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ- ΟΛΟΙ ΟΙ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΨΟΥΝ

Όλοι οι αιτούντες **ΠΡΕΠΕΙ** να υπογράψουν την ένορκη δήλωση παρακάτω για να ληφθεί υπόψη η δήλωσή τους.

Ορκίζομαι και βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτή την φόρμα είναι αληθείς, ορθές όσο καλύτερα μπορώ, καθώς και γνωρίζω και κατά την πεποίθησή μου. Συμφωνώ να αναφέρω στην Hallmark Health τις αλλαγές στο εισόδημά μου, τους οικονομικούς μου πόρους ή άλλες πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτό το έντυπο που μπορεί να επηρεάσουν την επιλεξιμότητά μου να λάβω την Οικονομική βοήθεια της Hallmark Health. Κατανοώ ότι οι πιστωτικές μου και άλλες πληροφορίες οικονομικές μπορούν να αναφέρονται για να επαληθεύσουν την δήλωση και την επιλεξιμότητα για το πρόγραμμα αυτό. Κατανοώ ότι έχω 30 ημέρες για να καταθέσω τα ακριβή και αναγκαία δικαιολογητικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την έκπτωση.

Οι μη αληθείς δηλώσεις του/της ασθενούς για την απόκτηση οικονομικής βοήθειας θα διαβιβαστούν στο Γραφείο του Γενικού Εισαγγελέα της Μασαχουσέτης. Οι ασθενείς που παραποιούν την αίτηση του Προγράμματος δεν θα είναι πλέον επιλέξιμοι για το πρόγραμμα και θα θεωρηθούν υπεύθυνοι για όλες τις χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την εγγραφή στο πρόγραμμα αναδρομικά από την πρώτη ημέρα κατά την οποία ξεκίνησαν οι δαπάνες στο πλαίσιο του προγράμματος.

Υπογραφή Αιτούντος:

Ημερομηνία:

ΕΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ – ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΑ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Εάν ο/η σύζυγος του αιτούντος υπέβαλε επίσης αίτηση για οικονομική ενίσχυση ο/η σύζυγος του αιτούντος **ΠΡΕΠΕΙ** να υπογράψει την ένορκη δήλωση παρακάτω για να ληφθεί υπόψη η αίτησή του/της.

Ορκίζομαι και βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτή την φόρμα είναι αληθείς, ορθές όσο καλύτερα μπορώ, καθώς και γνωρίζω και κατά την πεποίθησή μου. Συμφωνώ να αναφέρω στην Hallmark Health τις αλλαγές στο εισόδημά μου, τους οικονομικούς μου πόρους ή άλλες πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτό το έντυπο που μπορεί να επηρεάσουν την επιλεξιμότητά μου να λάβω την Οικονομική βοήθεια της Hallmark Health. Κατανοώ ότι οι πιστωτικές μου και άλλες πληροφορίες οικονομικές μπορούν να αναφέρονται για να επαληθεύσουν την δήλωση και την επιλεξιμότητα για το πρόγραμμα αυτό. Κατανοώ ότι έχω 30 ημέρες για να καταθέσω τα ακριβή και αναγκαία δικαιολογητικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την έκπτωση.

Οι μη αληθείς δηλώσεις του/της ασθενούς για την απόκτηση οικονομικής βοήθειας θα διαβιβαστούν στο Γραφείο του Γενικού Εισαγγελέα της Μασαχουσέτης. Οι ασθενείς που παραποιούν την αίτηση του Προγράμματος δεν θα είναι πλέον επιλέξιμοι για το πρόγραμμα και θα θεωρηθούν υπεύθυνοι για όλες τις χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την εγγραφή στο πρόγραμμα αναδρομικά από την πρώτη ημέρα κατά την οποία ξεκίνησαν οι δαπάνες στο πλαίσιο του προγράμματος.

Υπογραφή Συζύγου Αιτούντος:

Ημερομηνία: