



Οδηγίες αίτησης οικονομικής βοήθειας

Παρέχουμε οικονομική βοήθεια για ιατρικά αναγκαίες υπηρεσίες σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια.

Η έγκριση για οικονομική βοήθεια βασίζεται στις Ομοσπονδιακές Κατευθυντήριες Οδηγίες περί Φτώχειας (δημοσιεύονται ετησίως στο Ομοσπονδιακό Μητρώο). Οι ασθενείς που αποδεικνύουν ότι δεν έχουν ασφάλιση ή άλλο τρόπο πληρωμής των ιατρικά αναγκαίων υπηρεσιών μπορούν να ζητήσουν να τους εγκριθεί οικονομική βοήθεια.

Οι ασθενείς που ζητούν οικονομική βοήθεια ΠΡΕΠΕΙ να έχουν ζητήσει κάθε παροχή βοήθειας από προγράμματα σε ομοσπονδιακό, πολιτειακό και τοπικό επίπεδο διακυβέρνησης (Medicaid, Προγράμματα υγείας κομητείας, κ.λπ...) και να προσκομίσουν στη McLaren Health Care αποδεικτικό της αίτησης ή/και απόρριψη από το πρόγραμμα.

ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΓΓΡΑΦΑ:

- **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ** (οι ημιτελείς αιτήσεις δεν θα λαμβάνονται υπόψη)
- **ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ** (ΣΤΕΛΕΧΗ 2 ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΠΙΤΑΓΩΝ, ΚΙΝΗΣΗ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ Ή ΑΛΛΟ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ)
- **ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΑΛΗΘΕΥΣΗΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ** (ΑΝ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΕΙΣΟΔΗΜΑ)
- **ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ**
- **ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΝ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΓΓΡΑΦΟ**

Η McLaren Health Care ενδέχεται να ζητήσει επιπλέον οικονομικά έγγραφα, τα οποία είναι απαραίτητα για την επεξεργασία της αίτησης οικονομικής βοήθειας.

ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΕΝΤΟΣ ΔΕΚΑΤΕΣΣΑΡΩΝ (14) ΗΜΕΡΩΝ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

McLaren Corporate Services
Υπόψη: Revenue Cycle Operations
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

Αν έχετε απορίες ή χρειάζεστε βοήθεια κατά τη συμπλήρωση της αίτησης επικοινωνήστε με τις:
Οικονομικές υπηρεσίες
ασθενών του Τμήματος
εξυπηρέτησης πελατών
(844) 321-1557



Έντυπο επαλήθευσης εισοδήματος

Αυτό το έντυπο πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν ο αιτών οικονομικής βοήθειας δεν δηλώνει καθόλου εισόδημα.

Για να είναι έγκυρο το έντυπο πρέπει να συμπληρώνονται όλα τα πεδία του.

Όνομα αιτούντος:	Τρέχουσα διεύθυνση αιτούντος:
------------------	-------------------------------

Επαλήθευση εισοδήματος αιτούντος

Εγώ, ο/η _____, πιστοποιώ ότι δεν έχω εισόδημα από εργασία ή εκμετάλλευση κεφαλαίου. Δίνω στη McLaren Health Care την άδεια να επαληθεύσει αυτήν τη δήλωση. Κατανοώ ότι αν η McLaren Health Care εντοπίσει ότι έχω εισόδημα από εργασία ή εκμετάλλευση κεφαλαίου, θα αποκλειστώ από τη λήψη οικονομικής βοήθειας.

Αυτή τη στιγμή λαμβάνω στήριξη από (εξηγήστε πώς καλύπτετε τα βασικά έξοδα για τροφή, ρουχισμό, στέγη, συμπεριλαμβάνοντας τα ονόματα όλων των ατόμων που σας παρέχουν στήριξη):

Κατανοώ ότι εκπρόσωπος της McLaren Health Care ενδέχεται να επικοινωνήσει με τα άτομα που αναφέρονται παραπάνω για να επαληθεύσει τις πληροφορίες που παρέχονται.

Υπογραφή

Υπογραφή αιτούντος: _____

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία: _____



ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Ειδική φροντίδα
- Αντικαρκινικό Ινστιτούτο McLaren
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- Υγειονομική περίθαλψη McLaren
- Πρόγραμμα υγείας McLaren
- Όμιλος κατ' οίκον νοσηλείας McLaren
- McLaren-Lapeer Region
- McLaren-Macomb
- Ιατρικός όμιλος McLaren
- McLaren-Oakland
- McLaren-Ορθοπαιδικό
- Περιφερειακό Νοσοκομείο Northern Michigan
- Άλλο _____

Αίτηση για οικονομική βοήθεια

Σύνολο οφειλόμενου υπολοίπου _____ Αρ. λογαρ. _____

Όνομα ασθενή _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης _____ Ημερ. γένν. _____

Διεύθυνση οικίας _____ Πόλη _____ Νομός _____ Ταχ. κώδικας _____

Τηλέφωνο οικίας _____ Εναλλακτικό τηλέφωνο _____

Όνομα υπόχρεου (εγγυητής) _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης _____ Ημερ. γένν. _____

Εργοδότης _____ Τηλέφωνο εργασίας _____

Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω: Εργαζόμενος Αυτοαπασχολούμενος Άνεργος Συνταξιούχος ΑΜΕΑ

Αν εργάζεστε, η εργασία σας είναι: Πλήρους απασχόλησης Μερικής απασχόλησης Περιστασιακή Μέσος όρος ωρών/εβδομάδα _____

Όνομα συζύγου _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης _____ Ημερ. γένν. _____

Εργοδότης συζύγου _____

Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω: Εργαζόμενος Αυτοαπασχολούμενος Άνεργος Συνταξιούχος ΑΜΕΑ

Αν εργάζεστε, η εργασία σας είναι: Πλήρους απασχόλησης Μερικής απασχόλησης Περιστασιακή Μέσος όρος ωρών/εβδομάδα _____

Όνομα και ηλικία προστατευόμενων μελών (συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και το/τη σύζυγο) _____

ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ (αποδεικτικό κατάθεσης (CD), χρηματαγορά, ατομικός λογαριασμός συνταξιοδότησης (IRA)), λογαριασμοί όψεως και πιστωτικής ένωσης

Όνομα τράπεζας	Πόλη	Τύπος λογαριασμού	Υπόλοιπο

Έχετε δικό σας σπίτι; Ναι Όχι Αν ναι, αναριθμήστε παρακάτω.

Έχετε στην κατοχή σας άλλη περιουσία; Οχήματα, τροχόσπιτα, άλλα ακίνητα Ναι Όχι Αν ναι, αναριθμήστε παρακάτω.

ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Περιουσιακό στοιχείο - Οικία, όχημα κ.λπ.	Εμπορική αξία	Ανεξόφλητο ποσό δανείου

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

Στοιχείο εισοδήματος	Ποσό (μηνιαία)	Στοιχείο εξόδων	Ποσό (μηνιαία)
Συνολική ακαθάριστη μισθοδοσία νοικοκυριού		Ενοίκιο/Δάνειο	
Εισόδημα κοινωνικής ασφάλισης		Φόροι ακίνητης περιουσίας	
Εισόδημα από τόκους		Αυτοκίνητο	
Εισόδημα από εκμίσθωση		Ασφάλιση: Ιδιοκτήτες οικίας	
Διατροφή		Ασφάλιση: Αυτοκίνητο	
Διατροφή παιδιού		Ασφάλιση: Υγεία	
Σύνταξη		Ασφάλιση: Ζωής	
Γενική βοήθεια		Βοηθητικές παροχές	
Ανεργία		Τρόφιμα	
Πολιτειακή/Ομοσπονδιακή βοήθεια		Βενζίνη	
Συνεισφορές από άλλους		Ιατρική	
Εισόδημα από πώληση ακινήτου		Διατροφή/Διατροφή παιδιού	
Αποζημίωση εργαζομένων		Άλλο	
Διευκολύνσεις οικογενειών στρατιωτικών		Άλλο	
Άλλο (προσδιορίστε)		Άλλο	

ΔΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΙΣΤΩΤΙΚΕΣ ΚΑΡΤΕΣ

Πιστωτής	Οφειλόμενο υπόλοιπο	Μηνιαία πληρωμή

Συνολικό εισόδημα	Συνολικά έξοδα

Επισυνάψτε περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα και τα έξοδά σας που μπορεί να έχουν σχέση με την αίτησή σας.

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι σωστές σύμφωνα με όσα γνωρίζω. Εξουσιοδοτώ τη McLaren Health Care Corporation (MHCC) και τις θυγατρικές της να επιβεβαιώσουν την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών. Επιπλέον εξουσιοδοτώ τη γνωστοποίηση των πληροφοριών αυτών στην MHCC και στις συνδεδεμένες επιχειρήσεις της. Κατανοώ ότι ως φιλανθρωπικός οργανισμός, η MHCC ενδέχεται να μου παρέχει περίθαλψη με έκπτωση ή δωρεάν. Επίσης κατανοώ ότι ενδέχεται να ληφθεί μια προσωπική αναφορά πιστοληπτικής αξιολόγησης κατά τη διαδικασία λήψης της απόφασης.

Υπογραφή ασθενή ή υπόχρεου

Ημερομηνία

Υπογραφή συζύγου

Ημερομηνία

Οι εγκρίσεις ισχύουν για έξι μήνες, μετά τους οποίους θα ζητούνται ενημερωμένες πληροφορίες για τυχόν μελλοντικές υπηρεσίες. Για κάθε οφειλόμενο υπόλοιπο πρέπει να γίνονται ευνοϊκοί διακανονισμοί πληρωμής και μπορούν να επαναξιολογούνται κατά τη κρίση της MHCC.

ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ ΑΠΟΡΡΙΦΘΗΚΕ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΛΟΓΟΣ ΑΡΝΗΣΗΣ: