

Mali Yardım Başvurusu Kapak Sayfası
Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners
Telefon: 603-740-3234

Başvuruyu Şu Adrese Postalayın:

789 Central Avenue Dover NH 03820
ATTN: Financial Assistance Office

Yüz Yüze Yardım

Wentworth-Douglass Business Systems
121 Broadway Avenue Dover NH 03820

Sayın Başvurucu:

Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners'den ve muhtemelen diğer sağlık kuruluşlarından mali yardım alabilirsiniz.

NH Health Access Network (NH Sağlık Erişim Ağı), New Hampshire'da ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alabilmeleri için gücü yetmeyen çocuklara ve yetişkinlere yardım etmek amacıyla birlikte çalışan bir grup hastane, doktor ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır.

NH Health Access Network (NH Sağlık Erişim Ağı), Sigortası olan bireyler içindir. NH Health Access Network (NH Sağlık Erişim Ağı) aracılığıyla cepten yapılan harcamalarda mali yardım alabilmek için sigortanızın aktif olması ve sağlık hizmeti sağlayıcı tarafından kabul edilmesi ve sağlayıcı ile anlaşmalı kurumdan alınmış olması gerekmektedir. (Medicaid Spend Down Programı sigorta değildir, bu nedenle bu programa hak kazananlar veya kayıtlı olanlar NH Sağlık Erişim Ağı'ndan yararlanamazlar). Sigortanız yoksa, sağlık hizmeti sağlayıcınızdan mali yardım alınabilir; daha fazla bilgi için lütfen 603-740-3234 numaralı telefondan Wentworth-Douglass Hospital Hastanesi İşletme Ofisi'ndeki bir mali danışmanla iletişime geçiniz.

Nasıl Başvurulur

Sizin veya hanenizin bu hizmetten yararlanıp yararlanamayacağını öğrenmek için başvuruyu doldurmanız, gelirinizi kanıtlamanız ve aşağıdaki belgelerin kopyalarını sağlamanız gerekmektedir:

Başvurunuzla birlikte sunulması gereken belgeler	Eklendi
1. En son Federal Gelir Vergisi Beyannamenizin (1040 Formu) ve geçen yılın W-2 formları da dahil olmak üzere tüm destekleyici eklerin eksiksiz kopyası <i>VEYA</i> <i>Vergi beyannamesi vermiyorsanız, vergi beyannamesi verilmediğini doğrulamak için Milli Gelirler İdaresi ile iletişime geçmemizi sağlayan 4506T Formunu imzalamanız istenecektir</i> <input type="checkbox"/> 4506T Formunu imzaladıktan sonra kontrol edin	
2. Ödeme dönemine bakılmaksızın en son üç (3) mütelik maaş çekinin kopyaları veya işveren tarafından şirket antetli kağıdına yazılmış bir beyan	
3. Serbest Meslek Sahibi iseniz, (cari aydan itibaren) 12 aylık kar ve zarar beyanı gerekmektedir, son yıllara ait vergi beyannameleri dikkate alınmayacaktır	
4. Geliriniz yoksa, başvurunuzu işleme koyabilmemiz için gerekli olan Gelirinizin bulunmadığını gösteren ve Destek Beyan Formu'nu imzalamanız istenecektir	
5. En son üç (3) banka hesap özeti (örneğin, tasarruf hesabı, cari hesap, para piyasası hesabı, özel kişisel emeklilik planı, 401K planı, vb.) kopyaları. Tüm hesaplar ve (boş sayfalar dahil) TÜM SAYFALAR GEREKLİDİR <i>a. Banka hesabınız yoksa, işlem yapabilmek için gerekli olan Banka Hesabının Olmadığını Gösteren Beyan Formunu imzalamanız istenecektir. Lütfen formu talep edin</i>	
6. İşsizlik veya engellilik maaşı belgelerinin kopyaları (başlangıç tarihini de içerecek şekilde)	
7. Emeklilik maaşı belgelerinin kopyaları	
8. Sosyal Güvenlik geliri belgesinin kopyası (yıllık yardım parası beyannameleri, çek veya doğrudan depozito belgesinin kopyası)	

MALİ YARDIM PROGRAMI

Başvurunuzla birlikte sunulması gereken belgeler	Eklendi
9. Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı Harcama belgesi & Gıda Pulu tahsisatı kopyaları, belirleme belgesi de dahil olmak üzere Devlet Yardımı Bildirimlerinin kopyaları. <i>a. Bildirim mevcut değilse, Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı için bir Yetkilendirme Formu imzalamanız istenecektir; bu form Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı'ndan bildirim almamızı sağlar. TÜM SAYFALAR GEREKLİDİR</i>	
10. İşçi Tazminatının Kopyası (yaralanma tarihini belirtin)	
11. Çocuk sözleşmesi, ödeme sıklığını gösteren ödeme belgesi kopyaları veya ödenen ve/veya alınan nafakanın ödenmiş olduğunu kanıtlayan belge	
12. Evliyseniz ancak eşinizden ayrıldıysanız, mahkemeden alınmış yasal ayrılık belgenizin bir kopyası gerekecektir <i>b. Ayrılmanız için mahkeme sistemine başvurmadıysanız, noter onaylı ayrılık beyanları ve/veya kira sözleşmeleri sunmanız istenecektir</i>	

****SİZE İLGİLİ HER TÜRLÜ BELGENİN KOPYASINI ÇIKARABİLİRİZ ****

Belgeler başvuru sahiplerine İADE EDİLMEZ, taranır ve güvenli bir şekilde imha edilir.

Lütfen seçmeli prosedürlerin yardım için dikkate alınmayabileceğini aklınızda bulundurunuz

Başvurunuzu hızlı ve doğru bir şekilde işleme koyabilmemiz için gereken tüm bilgilere sahip olduğumuzdan emin olmak için işbu kontrol listesini kullanmanız rica olunur. Sizden ek bilgi isteyebiliriz, bu yüzden lütfen listelediğiniz iletişim bilgilerinin doğru olduğunu teyit ediniz.

- Estetik Cerrahi
- İn-Vitro Fertilizasyon (IVF)
- Asiste Üreme Teknolojileri (ART)
- Ödeyici tarafından tıbbi gerekliliğin belirlenmediği durumlarda Gastrik Bypass Hizmetleri
- Araştırma çalışmasıyla bağlantılı hesaplar
- Hastanın isteğine bağlı olan ve genelde bir sağlık sigortası tarafından karşılanmayan premium konaklama ve gecelik konaklama dahil olmak üzere Hasta Konforu giderleri
- Önceden belirlenmiş olan ve kendi hesabına cepten ödeme ücret tarifesine göre faturalandırılan ve tıbbi olarak gerekli olmayan diğer hizmetler

Sağladığınız bilgiler gizli tutulacaktır.

Yardım almaya hak kazanıp kazanmadığınızı öğrenene kadar aldığınız tüm hizmetlerden mali olarak sorumlu olmaya devam edeceksiniz. Herhangi bir şeyin tahsilata gitmesini önlemek için 617-726-3884 numaralı telefondan faturalandırma ile ilgili bir ödeme planı oluşturulabilir.

Başvurunuzu geri gönderdikten sonra 30 gün içinde bizden haber alamadıysanız veya başvurunuzu anlamak için yardıma ihtiyacınız varsa lütfen (603) 740-3234 numaralı telefondan Mali Yardım Ofisimizi arayın; temsilcilerimizden biri size yardımcı olacaktır.

Wentworth-Douglass Hospital Hastanesi'nin Mali Yardım politikasını görüntülemek için www.wdhospital.org; Patient Services/ adresini ziyaret ediniz.

MALİ YARDIM PROGRAMI

Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners
Aşağıdaki adrese posta ile gönderin: 789 Central Avenue
Yüz yüze: 121 Broadway, Wentworth-Douglass Business Systems
Dover NH 03820
603-740-3234

**Mali Yardım Başvurusu****1. Hasta Bilgileri:**

<i>Soyadı</i>	<i>Adı</i>	<i>İkinci adın ilk harfi</i>	<i>Sosyal güvenlik numarası</i>	<i>Doğum tarihi</i>
<i>Sokak Adresi</i>	<i>Şehir</i>	<i>Eyalet</i>	<i>Posta kodu</i>	<i>Adreste kalış süresi</i>
<i>Posta adresi</i>	<i>Şehir</i>	<input type="checkbox"/> <i>Eyalet</i>	<i>Posta kodu</i>	
<i>Telefon Numarası</i>	<i>E-posta adresi</i>	Birini işaretleyin: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Kayıtlı <input type="checkbox"/> Ayrılmış <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/> ABD Vatandaşı <input type="checkbox"/> NH Sakini <input type="checkbox"/> Dul		

2. Faturayı Ödemekten Sorumlu Kişi

<i>Soyadı</i>	<i>Adı</i>	<i>İkinci adın ilk harfi</i>	<i>Hasta ile ilişkisi</i>	<i>Sosyal güvenlik numarası</i>
<i>Hastanın Adresinden Farklıysa Adresi</i>	<i>Telefon Numarası</i>	<i>E-posta adresi</i>		
<i>(Önceki yıl Vergi Beyannamesinde belirtilen) Sigorta Şirketinin Adı</i>			<i>Yürürlük Tarihi</i>	

3. **Başvuru sahibi de dahil olmak üzere hanede yaşayan TÜM kişileri belirtmeniz rica olunur:

Gerekirse ek kağıt kullanınız

<i>İSİM</i>	<i>HASTA İLE İLİŞKİSİ</i>	<i>DOĞUM TARİHİ</i>	<i>SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI</i>	<i>DOKTORUN ADI</i>
1	KENDİSİ			
2				
3				
4				
5				

4. Bu başvuru gelecekteki mi yoksa geçmişteki hizmetler için? Gelecek Geçmiş Hizmet Tarih(ler)i: _____
5. Hanenizde sigortalı olan varsa doldurmanız rica olunur:
 Sağlık sigortası (Plan/Ad) _____, Sağlık tasarruf hesabı (çek) - Evet Hayır **Kişi:** _____
 Poliçe numarası/kimlik numarası _____ İndirilebilir Tutar: _____
 Medicare Kısım A ____, Medicare Kısım B ____, Medicare Kısım B'yi ödemek için yardım alıyor _____ **Kişi:** _____
6. Hanenizde Medicaid için başvuran kimse var mı? Evet Hayır Kim? _____
 Kişi: _____ Başvuran varsa ve reddedildiyse lütfen Medicaid ret bildirimini bir kopyasını sağlayınız.
7. Başka bir tesiste mali yardım için başvurduunuz mu? Evet Hayır Başvurduysanız, nerede: _____
8. Evinizde hamile olan var mı? Evet Hayır
9. Hanenizde askerlik yapmış biri var mı? Evet Hayır Kim? _____
10. Yakın zamanda bir işçi tazminatı veya trafik kazası tazminatı talebinde bulundunuz mu? Evet Hayır Tarih: _____

MALİ YARDIM PROGRAMI

11. Hanenizde Sosyal Güvenlik yardımı almaya hak kazanan biri var mı?

 Evet Hayır Kim? _____

12. Gelir vergisi beyannamesinde sizi gösteren başka biri var mı?

 Evet Hayır Kim? _____**13. EV HALKI BİLGİLERİ****KİŞİ 1**
(Hasta)**KİŞİ 2**
(Eşi/Bağımlı)**KİŞİ 3**
(Bağımlı)

Her hane üyesinin ADI:

İşverenin adı:

Aylık Gelir:

İstihdamdan:

Serbest meslekten:

Yatırım Hesaplarından:

Gayrimenkul kiralamadan:

(____/____/____) (Tarih) tarihinden bu yana işsizlik

Emeklilik: (Sosyal Güvenlik, Emeklilik, Yıllık Rant)

Nafaka/Çocuk Yardımı:

Sosyal Yardım, Gıda Pulları:

Diğer Gelirler:

Tasarruflar ve Yatırımlar:

Çek Hesap Bakiyeleri

Tasarruf ve Mevduat Sertifikası Hesabı Bakiyeleri

Özel kişisel emeklilik planı, 403B, 401K planları:

Belirtiniz: _____

Diğer Tasarruflar ve Yatırımlar:

Belirtiniz: _____

Diğer:

Otomobil: Yılı, Markası, Modeli?

Karavan: Yılı, Markası, Modeli?

14. AİLE GİDERLERİ

Aylık Kira Ödemesi: _____ \$ veya İpotek Kredi Ödemesi: _____ \$ İpotekli Kredi Bakiyesi: _____ \$

Yukarıdaki Ödeme Tutarına Dahil Olmayan Emlak Vergisi Tutarı: _____ \$ Evin Değeri: _____ \$

Ana Konutunuz Dışında Herhangi Bir Mülkünüz Var mı? Evet Hayır Varsa, Değeri? _____ \$ İpotek bakiyesi: _____ \$

Diğer mülkünüz bir işletme ise, adresini yazın: _____

Aylık Kredi Ödemesi: _____ \$ İçin _____ Adresine ödenmiştir.

Medicare Part D, Sosyal Güvenlik çekinden kesildi: Evet Hayır Tutar: _____ \$

Kamu hizmetleri _____ \$ Sigorta (Araba / Hayat / Mülk sigortası) _____ \$ Diğer: _____ \$

Nafaka/Çocuk Yardımı _____ \$ Sağlık Sigortası Primi _____ \$ Diğer: _____ \$

Çocuk bakımı _____ \$ Sağlık Hizmeti Faturaları _____ \$ Diğer: _____ \$

Yaşam (doğalgaz, yiyecek, giyecek) _____ \$ İlaçlar _____ \$ Diğer: _____ \$

MALİ YARDIM PROGRAMI**15. HAKLARIN DEVRİ - Dikkatlice Okuyunuz**

Aşağıya imzayı koyarak, vergi beyannamemin talep edilmesine izin veriyorum. İşbu başvurunun işleme alınabilmesi için vergi beyannamesinin gerekli olduğunu ve uygunluğumun belirlenebilmesi için daha fazla bilgi talep edilebileceğini kabul ediyorum.

Herhangi bir geliri veya varlığı tam olarak açıklamamış veya yanlış beyan etmiş olmam durumunda, hayırsever bakım indirimi sağlamak için yapılan herhangi bir anlaşma geçersiz ve hükümsüz olacak ve faturaların borçlu olduğu süre için geçerli olacaktır. Tahsilat süreci boyunca her türlü yasal ücretten sorumlu olabilirim.

Aşağıda imzası bulunan tüm yetişkin hane halkı üyeleri, doğrudan sağlık hizmetleri veya mali yardım uygunlukları ile ilgili olan her türlü tıbbi, mali veya istihdam bilgilerinin açıklanmasına müsaade eder. Bu bilgiler, hane halkı üyelerinin sağlık hizmeti veya mali yardım talep ettiği tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına verilebilir. Sağlanan tüm bilgiler, Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası federal düzenlemeleri hükümleri uyarınca gizli kalacaktır.

Seçmeli prosedürler yardım için dikkate değerlendirilmeyebilir. İşbu başvuru kapsamındaki tıbbi hizmetler için herhangi bir ödeme, örneğin sigorta ödemeleri, devlet programı ödemeleri, bir davadan alınan ödül veya başka bir ödeme gibi ödeme alırsam, mali yardım ödülünün tamamını geri ödeyeceğimi kabul ediyorum.

Mali Yardım almam halinde, aile büyüklüğü, gelir ve sağlık sigortası kapsamındaki değişiklikler de dahil olmak üzere seçilme niteliğini etkileyebilecek her türlü değişikliği ilk başvurduğum kuruluşa bildirmeyi kabul ediyorum. Tıbbi durumum/durumumuz bir sosyal yardım programına hak kazanmamı sağlayacak şekilde değişirse, bu programa başvurmam ve başvuru belgesini sunmam gerekeceğini kabul ediyorum.

Başvuran Kişinin İmzası

Tarih

Birlikte Başvuran Kişinin İmzası

Tarih

Bağımlı Kişinin İmzası

Tarih