

## Αίτηση οικονομικής βοήθειας

Η Tufts Medicine είναι υπερήφανη για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας σε κάθε ασθενή. Η Tufts Medicine προσφέρει οικονομική βοήθεια μέσω της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας σε ασθενείς που αδυνατούν να πληρώσουν για επείγουσα και ιατρικά αναγκαία περίθαλψη. Η οικονομική βοήθεια της Tufts Medicine δεν προορίζεται για την κάλυψη μη ιατρικά αναγκαίας περίθαλψης. Επιπροσθέτως, δεν προορίζεται για την παροχή εκππτώσεων στις ασφαλιστικές συμμετοχές, συνασφάλειες ή εκππτώσεις.

Οι ασθενείς που έχουν τα μέσα αναμένεται να πληρώνουν για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από την Tufts Medicine. Ωστόσο, έχετε τη δυνατότητα να λάβετε οικονομική βοήθεια. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να υποβάλουν αίτηση για τυχόν διαθέσιμα κρατικά προγράμματα βοήθειας, όπως τα MassHealth, ConnectorCare ή Health Safety Net, πριν υποβάλουν αίτηση για το πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας της Tufts Medicine. **Η μη υποβολή αίτησης σε ένα κυβερνητικό πρόγραμμα βοήθειας για το οποίο ενδεχομένως πληροίτε τις προϋποθέσεις μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση ή απόρριψη της αίτησής σας.** Εάν χρειάζεστε βοήθεια για την υποβολή αίτησης για κρατικά προγράμματα βοήθειας, ένας από τους Συντονιστές Οικονομικής Βοήθειας τη; Tufts Medicine μπορεί να σας βοηθήσει.

Η [ρ' σας για προγράμματα οικονομικής βοήθειας εξαρτάται από την πλήρη και ακριβή συμπλήρωση της παρούσας αίτησης οικονομικής βοήθειας.

### Οδηγίες

Συμπληρώστε την Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας στο σύνολό της και συμπεριλάβετε αντίγραφα των ακόλουθων εγγράφων για όλους τους αιτούντες. Εάν δεν επιστρέψετε όλα τα απαραίτητα έγγραφα εντός 30 ημερών, η αίτηση θα απορριφθεί. Επισυνάψτε αντίγραφα όλων των υποβληθέντων εγγράφων διότι, δυστυχώς, δεν μπορούν να επιστραφούν.

- Συμπληρώστε όλες τις σχετικές ενότητες της αίτησης και υπογράψτε οπωσδήποτε την **υπεύθυνη δήλωση στη σελίδα 4.**
- Συμπεριλάβετε αντίγραφο της **άδειας οδήγησης, άλλο πιστοποιητικό ταυτοποίησης με φωτογραφία ή έγγραφα που πιστοποιούν την τρέχουσα κατοικία σας.** Οτιδήποτε υποβληθεί πρέπει να περιλαμβάνει το όνομά σας.
- Συμπεριλάβετε αντίγραφο της **ασφαλιστικής σας κάρτας (ή καρτών).**
- Συμπεριλάβετε κάποια μορφή **επαλήθευσης του εισοδήματος:**
  - Συμπεριλάβετε αντίγραφο του(των) πιο πρόσφατου(ων) **W-2**
  - Εάν υπήρξε **πρόσφατη αλλαγή στο εισόδημά σας**, συμπεριλάβετε έγγραφα όπως πρόσφατες αποδείξεις μισθοδοσίας (τουλάχιστον 4), βεβαιώσεις ανεργίας, τραπεζικές/επενδυτικές καταστάσεις ή/και βεβαιώσεις κοινωνικής ασφάλισης.
- Εάν ο ασθενής **έχει αποβιώσει**, προσκομίστε αντίγραφο της ληξιαρχικής πράξης θανάτου και επιστολή που να αναφέρει την κατάσταση της κληρονομιάς.

## TuftsMedicine

**Για ερωτήσεις, επικοινωνήστε με το Τμήμα Οικονομικού Συντονισμού της Tufts Medicine στο τηλέφωνο:**

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance  
978-973-6700

**ή αυτοπροσώπως στις ακόλουθες τοποθεσίες της Tufts Medicine:**

- Ιατρικό Κέντρο Tufts  
Κτίριο Biewend, 1ος όροφος  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- Ιατρικό Κέντρο Tufts  
Κτίριο Proger, 1ος όροφος  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Γενικό Νοσοκομείο Lowell  
Κτίριο Dahod, ισόγειο  
295 Varnum Avenue  
Lowell, MA 01854
- Γενικό Νοσοκομείο Lowell  
Saints Campus  
1 Hospital Drive, ισόγειο  
Lowell, MA 01852
- Νοσοκομείο MelroseWakefield  
585 Lebanon Street, Suite 101  
Melrose, MA 02176
- Νοσοκομείο Lawrence Memorial  
Ισόγειο κοντά στα επείγοντα  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

**Στείλτε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση:**

Ιατρικό Κέντρο Tufts  
Οικονομικός συντονισμός  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

## 1 Σχετικά με τον ασθενή/αιτούντα

Συμπληρώστε αυτή την ενότητα σχετικά με τον ασθενή ή/και τον αιτούντα.

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά:** Συμπεριλάβετε έγγραφα που αποδεικνύουν την κατοικία σας: άδεια οδήγησης, άλλη έγγραφο ταυτοποίησης με φωτογραφία ή έγγραφα που αποδεικνύουν την τρέχουσα κατοικία σας. Οτιδήποτε υποβληθεί πρέπει να περιλαμβάνει το όνομα του ασθενούς.

Σημερινή ημερομηνία \_\_\_\_\_

Όνομα ασθενούς \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς      LL / LL / LLLL

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης ασθενούς      LLLL / LL / LLLL

Αριθμός ιατρικού μητρώου ασθενούς \_\_\_\_\_

Όνομα αιτούντος \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο αιτούντος \_\_\_\_\_

Διεύθυνση αιτούντος \_\_\_\_\_

**Ο αιτών είναι είτε ο ασθενής είτε το πρόσωπο που είναι οικονομικά υπεύθυνο για τον ασθενή.**

**Μορφή ημερομηνίας γέννησης:  
MM/HH/EEEE**

### Σχετικά με το νοικοκυριό σας

Αναφέρετε όλα τα μέλη του νοικοκυριού, την ημερομηνία γέννησής τους και τη σχέση τους με τον αιτούντα.

Μέλος του νοικοκυριού 1 \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης      LL / LL / LLLL

Σχέση με τον ασθενή \_\_\_\_\_

Μέλος του νοικοκυριού 2 \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης      LL / LL / LLLL

Σχέση με τον ασθενή \_\_\_\_\_

Μέλος του νοικοκυριού 3 \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης      LL / LL / LLLL

Σχέση με τον ασθενή \_\_\_\_\_

Μέλος του νοικοκυριού 4 \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης      LL / LL / LLLL

Σχέση με τον ασθενή \_\_\_\_\_

Μέλος του νοικοκυριού 5 \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης      LL / LL / LLLL

Σχέση με τον ασθενή \_\_\_\_\_

Ναι     Όχι    Είστε πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών;

Ναι     Όχι    Εάν ΟΧΙ, είστε μόνιμος κάτοικος, που διαμένει νόμιμα στις ΗΠΑ\*;  
\*εάν ο ασθενής είναι μόνιμος κάτοικος, προσκομίστε αντίγραφο επίσημου εγγράφου.

## 2 Ασφαλιστικές πληροφορίες

Συμπληρώστε αυτή την ενότητα σχετικά με την ασφάλιση του ασθενούς.

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά:** Κατά περίπτωση, συμπεριλάβετε αντίγραφο της ασφαλιστικής κάρτας (των καρτών) του ασθενούς, ειδοποιήσεις από το Medicaid, ειδοποίηση για μη καλυπτόμενες υπηρεσίες, τεκμηρίωση των περιορισμών του δικτύου. Οτιδήποτε υποβάλλεται πρέπει να περιλαμβάνει το όνομα του ασθενούς.

Ναι  Όχι Έχετε υποβάλει αίτηση Medicaid εντός των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι  Όχι Έχετε εκκρεμή ή εγκεκριμένη αίτηση Medicaid;

Ναι  Όχι Έχει απορριφθεί η αίτησή σας για Medicaid;

Ναι  Όχι Έχετε ιατροφαρμακευτική ασφάλιση;

Ναι  Όχι Καλύπτει το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα τις υπηρεσίες της Tufts Medicine;

Ναι  Όχι Μια συγκεκριμένη υπηρεσία δεν καλύπτεται από την ασφαλιστική σας εταιρεία;

Εάν ναι, περιγράψτε

---



---



---

### Στοιχεία κύριας ασφάλισης

Όνομα ασφάλισης 

---

Διεύθυνση ασφάλισης 

---

Ασφαλιστήριο συμβόλαιο/ID # 

---

Ομάδα# 

---

Συνδρομητής 

---

Ημερομηνία γέννησης συνδρομητή 

---

Σχέση με τον συνδρομητή 

---

Εργοδότης του συνδρομητή 

---

Ημερομηνία έναρξης ισχύος 

---

### Πληροφορίες δευτερεύουσας ασφάλισης

Όνομα ασφάλισης 

---

Διεύθυνση ασφάλισης 

---

Ασφαλιστήριο συμβόλαιο/ID # 

---

Ομάδα# 

---

Συνδρομητής 

---

Ημερομηνία γέννησης συνδρομητή 

---

Σχέση με τον συνδρομητή 

---

Εργοδότης του συνδρομητή 

---

Ημερομηνία έναρξης ισχύος 

---

### 3 Μηνιαίο ακαθάριστο εισόδημα και περιουσιακά στοιχεία

Συμπληρώστε αυτή την ενότητα σχετικά με το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία για τον ασθενή και κάθε μέλος του νοικοκυριού που αναφέρεται στην Ενότητα 1 και είναι εργαζόμενος. Αναφέρετε το ακαθάριστο εισόδημα, το οποίο είναι το εισόδημα πριν από τους φόρους και τις εκπτώσεις.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ Συμπεριλάβετε έγγραφα που επαληθεύουν αυτό το εισόδημα: αποδείξεις μισθοδοσίας, φόρους εισοδήματος, δήλωση W2, τραπεζικές καταστάσεις, δηλώσεις χρηματιστηριακών συναλλαγών ή άλλα αποδεικτικά στοιχεία.

Η ενότητα 3 μπορεί να παραμείνει κενή εάν ο ασθενής και τα μέλη του νοικοκυριού του δεν έχουν εισοδήματα ή περιουσιακά στοιχεία.

#### Εισόδημα νοικοκυριού

	ΑΣΘΕΝΗΣ	ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ 1	ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ 2	ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ 3	ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ 4	(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ)
Μισθοί/Μισθός/Φιλοδωρήματα						
Επίδομα ανεργίας						
Κοινωνική ασφάλιση						
Υποστήριξη τέκνων + διατροφή						
Εισόδημα από αυτοαπασχόληση						
Εισόδημα από τόκους/μερίσματα						
Σύνταξη						
IRA/Μετοχές/Ομόλογα						
Εισόδημα από ενοίκια						
Πληρωμές καταπιστευμάτων						
Αποζημίωση εργαζομένων						
Παροχές βετεράνων						

#### Έλλειψη δήλωσης εισοδήματος

Εάν **δεν έχετε εισόδημα** και υποστηρίζετε οικονομικά από άλλο πρόσωπο, ζητήστε του να συμπληρώσει και να υπογράψει την παρακάτω δήλωση.

Ο ασθενής \_\_\_\_\_  
δεν έχει επί του παρόντος εισόδημα. Προς το παρόν τον υποστηρίζω με φαγητό, στέγη και όποιο ρουχισμό χρειάζεται. Του παρέχω επίσης οικονομική βοήθεια ύψους \_\_\_\_\_ \$ κατά μέσο όρο μηνιαίως.

Υπογραφή του ατόμου που παρέχει την υποστήριξη

Ημερομηνία / /

#### Περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού - λογαριασμοί επιταγών και ταμειυτηρίου

ΤΥΠΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	ΤΡΑΠΕΖΑ/ΙΔΡΥΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ

Τύπος λογαριασμού: τρεχούμενος ή ταμειυτηρίου.

### Άλλα μετρήσιμα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού

ΤΥΠΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	ΤΡΑΠΕΖΑ/ΙΔΡΥΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ
Μετοχές/Ομόλογα		
Πιστοποιητικό κατάθεσης		
Ομόλογα ταμειευτηρίου ΗΠΑ		
Λογαριασμός ταμειευτηρίου υγείας (HSA)		
Πιστοποιητικό ταμειευτηρίου		
Λέσχες Χριστουγέννων ή διακοπών		
Άλλα		

## 4 Ιατρικές δυσκολίες

Αυτή η ενότητα ενδέχεται να μην ισχύει για εσάς. Συμπληρώστε αυτή την ενότητα εάν έχετε σημαντικούς ιατρικούς λογαριασμούς. Αναφέρετε τα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης από την Tufts Medicine και άλλους παρόχους. Ενδέχεται να ζητηθεί τεκμηρίωση, αλλά δεν απαιτείται προς το παρόν.

ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ	ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΤΑ ΕΞΟΔΑ;	(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ)
		<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	

### Υπεύθυνη δήλωση - όλοι οι αιτούντες πρέπει να υπογράψουν

Ορκίζομαι (ή βεβαιώνω) ότι όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται στο παρόν έντυπο είναι αληθείς, σωστές και πλήρεις, σύμφωνα με τις δυνατότητές μου, τις γνώσεις μου και τις πεποιθήσεις μου. Συμφωνώ να αναφέρω στην Tufts Medicine, εντός μίας εβδομάδας, όλες τις αλλαγές στο εισόδημα, τους οικονομικούς πόρους ή άλλες πληροφορίες που αναφέρονται στο παρόν έντυπο και οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν την επιλεξιμότητά μου να λάβω οικονομική βοήθεια από την Tufts Medicine. Αντιλαμβάνομαι ότι οι πιστωτικές και άλλες οικονομικές πληροφορίες μου μπορεί να αναφερθούν για την επαλήθευση της δήλωσής μου και της επιλεξιμότητάς μου για το πρόγραμμα. Αντιλαμβάνομαι ότι έχω 30 ημέρες για να υποβάλω ακριβή και απαραίτητα δικαιολογητικά για να θεωρηθώ δικαιούχος έκπτωσης.

Οι δόλιες δηλώσεις του ασθενούς με σκοπό τη λήψη οικονομικής βοήθειας θα διαβιβάζονται 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 τους στο πρόγραμμα αναδρομικά από την πρώτη ημέρα που πραγματοποιήθηκαν οι χρεώσεις στο πλαίσιο του προγράμματος.

Υπογραφή του αιτούντος \_\_\_\_\_

Ημερομηνία      /  /          

Όλοι οι αιτούντες πρέπει να υπογράψουν την υπεύθυνη δήλωση για να εξεταστεί η αίτησή τους.