

Αξιότιμε/η ασθενή/αιτούντα (αιτούσα),

Η Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates καθοδηγείται από τη συμπόνια και έχει αφιερωθεί στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας προς όλους - ειδικά όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Είναι αποστολή και προνόμιό μας να παρέχουμε οικονομική βοήθεια στους ασθενείς μας. Η οικονομική υποστήριξη είναι διαθέσιμη μόνο για επείγουσα και άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα. Σας ευχαριστούμε που μας εμπιστεύεστε να φροντίζουμε εσάς και την οικογένειά σας για τις ανάγκες της υγειονομικής σας περίθαλψης.

Αποστέλλουμε αυτή την επιστολή και τη συνημμένη αίτηση οικονομικής βοήθειας επειδή λάβαμε το αίτημά σας. Αν δεν αιτηθήκατε κάτι τέτοιο αγνοήστε την. Συμπληρώστε και τις δύο πλευρές, συμπεριλαμβανομένης της υπογραφής σας και της ημερομηνίας, πριν την επιστρέψετε. Εάν συμπληρώσατε αίτηση τους τελευταίους έξι μήνες και λάβατε έγκριση για οικονομική βοήθεια, παρακαλείστε να μας ενημερώσετε. Ενδεχομένως να μη χρειαστεί να συμπληρώσετε νέα αίτηση. Δεν θα λάβουμε υπόψη προγενέστερη αίτηση παλιότερη των έξι μηνών.

Μαζί με την αίτηση, παρακαλείστε να παράσχετε αντίγραφο τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα στοιχεία ως απόδειξη εισοδήματος. Εάν είστε παντρεμένος/η ή έχετε συζύγιο με σύντροφο για 6 μήνες ή περισσότερο, εκείνος/η θα πρέπει επίσης να προσκομίσει αντίγραφο τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα στοιχεία ως απόδειξη για το εισόδημά του/της, προτού να είναι δυνατή η επεξεργασία της αίτησης.

- Αντίγραφα των 2 πιο πρόσφατων μισθολογικών καταστάσεων από τον εργοδότη
- Αντίγραφα της πιο πρόσφατης ετήσιας φορολογικής δήλωσης (εάν είστε αυτοαπασχολούμενος/η, συμπεριλάβετε όλα τα χρονοδιαγράμματα)
- Επιστολή χορήγησης κοινωνικής ασφάλισης ή/και σύνταξης γήρατος
- Πιο πρόσφατη ετήσια φορολογική δήλωση γονέα ή κηδεμόνα, εάν ο αιτών/η αιτούσα είναι εξαρτώμενο μέλος που αναφέρεται στη φορολογική δήλωσή τους και είναι κάτω των 25 ετών
- Άλλα έγγραφα τεκμηρίωσης εισοδήματος
- Αντίγραφα τραπεζικών καταστάσεων από τους τελευταίους 3 μήνες
- Αντίγραφο εισπραξης επιδόματος ανεργίας

Τέλος, παρακαλείστε να παράσχετε και τεκμηρίωση ως απόδειξη των ανεξόφλητων μηνιαίων ιατρικών και φαρμακευτικών σας εξόδων.

Λάβετε υπόψη ότι η συμπληρωμένη αίτηση, μαζί με τα αποδεικτικά εισοδήματος, πρέπει να παραληφθούν ώστε να εξεταστεί η αίτηση. Δεν είμαστε σε θέση να επεξεργαστούμε ή να εξετάσουμε αιτήσεις που δεν είναι πλήρεις.

Έχετε υπόψη ότι η επικοινωνία μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή διαδικτύου δεν είναι ασφαλής. Αν και είναι απίθανο, εντούτοις οι πληροφορίες που συμπεριλαμβάνετε σε ένα μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ίσως υποκλαπούν και διαβαστούν από άλλα μέρη εκτός από το πρόσωπο στο οποίο απευθύνονται.

Θέλουμε να προστατέψουμε τις προσωπικές σας πληροφορίες και να εξασφαλίσουμε ότι θα παραμείνουν ασφαλείς. Δεδομένου ότι η αίτηση περιέχει τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης και άλλες προσωπικές πληροφορίες σας, συστήνουμε να μην τη στείλετε με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Εκτυπώστε και ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτηση στην παρακάτω διεύθυνση:

Ascension Illinois PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8855

Αν έχετε απορίες σχετικά με αυτή την αίτηση, καλέστε κάποιον από τους εκπροσώπους ασθενών μας στο 833-272-7585.

Με εκτίμηση,

Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών  
Ascension Illinois

# Οικονομική υποστήριξη

## Έντυπο αίτησης

**Σημαντικό:** ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ή ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ: Η συμπλήρωση αυτής της αίτησης θα βοηθήσει την Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates να καθορίσει εάν μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες ή υπηρεσίες με έκπτωση ή άλλα δημόσια προγράμματα που μπορούν να σας βοηθήσουν να πληρώσετε για την ιατρική σας φροντίδα. Υποβάλετε την παρούσα αίτηση στη διεύθυνση που αναφέρεται στη συνοδευτική επιστολή.

ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΣ/Η ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ή ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ. Ωστόσο, ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης απαιτείται για ορισμένα δημόσια προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του Medicaid. Η παροχή αριθμού κοινωνικής ασφάλισης δεν απαιτείται, ωστόσο θα βοηθήσει την Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates να καθορίσει εάν πληροίτε τα κριτήρια για κάποιο δημόσιο πρόγραμμα. Για ερωτήσεις σχετικά με την αίτηση που έχουν επισημανθεί ως «προαιρετικές», η απάντησή σας (ή η μη απάντηση) δεν θα επηρεάσει την έκβαση της αίτησης.

Συμπληρώστε αυτή την αίτηση και υποβάλετέ την στην Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates αυτοπροσώπως, ταχυδρομικώς, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή μέσω φαξ για να αιτηθείτε δωρεάν φροντίδα ή φροντίδα με έκπτωση το συντομότερο δυνατό μετά την ημερομηνία της υπηρεσίας. Θα δεχτούμε την αίτησή σας έως και 240 ημέρες μετά την πρώτη τιμολόγηση για τη φροντίδα σας. Υποβάλλοντας την παρούσα αίτηση, αναγνωρίζετε ότι έχετε καταβάλει κάθε προσπάθεια καλή τη πίστει, ώστε να παράσχετε όλες τις απαιτούμενες στην αίτηση πληροφορίες για να βοηθήσετε την Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates να καθορίσει εάν ο ασθενής είναι επιλέξιμος για οικονομική βοήθεια. Αν έχετε ερωτήματα σχετικά με τη διαδικασία αίτησης, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το τμήμα συμβουλευτικής για οικονομικά θέματα της Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates με ερωτήσεις ή προβληματισμούς στον αριθμό 833-272-7585.

Παράπονα ή προβληματισμοί σχετικά με τη διαδικασία αίτησης για έκπτωση ανασφάλιστων ασθενών ή τη διαδικασία οικονομικής βοήθειας από το νοσοκομείο μπορούν να αναφερθούν στο Γραφείο Υγειονομικής Περίθαλψης της Γενικής Εισαγγελίας του Ιλινόι. Η δωρεάν τηλεφωνική γραμμή του Γραφείου Υγειονομικής Περίθαλψης είναι 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

### Πληροφορίες ασθενούς

(Να εκτυπωθεί. Όλα τα πεδία πρέπει να συμπληρωθούν. Σημειώστε Δ/Ι εάν κάτι δεν ισχύει, σε οποιαδήποτε χωριστή γραμμή της αίτησης)

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ Αριθμός λογαριασμού \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Οικογενειακή κατάσταση \_\_\_\_\_ Αριθμός τηλεφώνου \_\_\_\_\_

*Προαιρετικό, προσδιορισμός Φύλου:* Θεωρείτε τον εαυτό σας ως:  Άνδρα  Γυναίκα  Διεμφυλικό άνδρα/τρανς άνδρα/άνδρα πρώην γυναίκα (FTM)  Διεμφυλική γυναίκα/τρανς γυναίκα/γυναίκα πρώην άνδρα (MTF)  Άτομο έμφυλης ποικιλίας/μη συμμορφούμενο προς τα πρότυπα φύλου ούτε αποκλειστικά άρρεν ούτε θήλυ  Πρόσθετη κατηγορία φύλου (ή άλλη)

*Προαιρετικά - Ταυτότητα φύλου:* Ποιο φύλο αναγραφόταν αρχικά στο πιστοποιητικό γέννησής σας; :  Άρρεν  Θήλυ

*Προαιρετικά - Φυλή:*  Λευκός/ή  Μαύρος/η ή Αφροαμερικανός/Αφροαμερικανίδα  Ινδιάνος/α ή Ιθαγενής της Αλάσκας  Ινδός/ή  Κινέζος/α  Φιλιππινέζος/α  Ιάπωνας/Ιαπωνέζα  Κορεάτης/Κορεάτισσα  Βιετναμέζος/α  Άλλη φυλή Ασίας  Ιθαγενής της Χαβάης  Κάτοικος του Γκούαμ ή Τσαμόρο  Σαμοανός/ή  Φυλή από άλλο νησί του Ειρηνικού

*Προαιρετικά - Εθνότητα:*  Ισπανόφωνη, λατινοαμερικανική ή ισπανική καταγωγή  Μεξικανός/ή, Μεξικανός/ή Αμερικής,

Τσικάνο/α  Πορτορικανός/ή  Κουβανός/ή  Άλλη ισπανόφωνη, λατινοαμερικανική ή ισπανική καταγωγή

*Προαιρετικά - Γλώσσα:* Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός των αγγλικών στο σπίτι;  Ναι  Όχι

Αν ναι, ποια γλώσσα;: \_\_\_\_\_

Ταχυδρομική διεύθυνση \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Προαιρετικά - Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης \_\_\_\_\_

Εργοδότης \_\_\_\_\_ Εργασιακό καθεστώς \_\_\_\_\_

Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη \_\_\_\_\_

## Πληροφορίες υπόχρεου/Πληροφορίες νόμιμου κηδεμόνα

(Αν ο άνωθεν ασθενής είναι το ίδιο πρόσωπο με τον/την υπόχρεο, αφήστε αυτό το τμήμα κενό.)

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Οικογενειακή κατάσταση \_\_\_\_\_ Αριθμός τηλεφώνου \_\_\_\_\_

Διεύθυνση αλληλογραφίας \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετικά) \_\_\_\_\_ Εργοδότης \_\_\_\_\_

Καθεστώς απασχόλησης \_\_\_\_\_

## Πληροφορίες συζύγου του/της υπόχρεου

(Αν ο ασθενής είναι το ίδιο πρόσωπο με τον/την υπόχρεο, συμπληρώστε τις πληροφορίες του/της συζύγου για τον ασθενή.)

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Οικογενειακή κατάσταση \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο \_\_\_\_\_

Ταχυδρομική διεύθυνση \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετικό) \_\_\_\_\_

Εργοδότης \_\_\_\_\_ Καθεστώς απασχόλησης \_\_\_\_\_

Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη \_\_\_\_\_

## Εξαρτώμενα μέλη του/της υπόχρεου

(Αν ο ασθενής είναι το ίδιο πρόσωπο με τον/την υπόχρεο, συμπληρώστε τις πληροφορίες του/της συζύγου για τον ασθενή.)

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Σχέση με τον/την υπόχρεο \_\_\_\_\_

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Σχέση με τον/την υπόχρεο \_\_\_\_\_

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Σχέση με τον/την υπόχρεο \_\_\_\_\_

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_ Σχέση με τον/την υπόχρεο \_\_\_\_\_

Αριθμός ενηλίκων και παιδιών που ζουν στο νοικοκυριό \_\_\_\_\_

## Μηνιαίο εισόδημα

(Συμπληρώστε τα ποσά σε δολάρια για κάθε στοιχείο που αναφέρεται παρακάτω. Δηλώστε μηνιαίο ποσό για το καθένα.)

Εισόδημα αιτούντος \_\_\_\_\_ Αποζημίωση εργαζομένου \_\_\_\_\_

Εισόδημα συζύγου αιτούντος \_\_\_\_\_ Εισόδημα από τόκους/μερίσματα \_\_\_\_\_

Παροχές κοινωνικής ασφάλισης \_\_\_\_\_

Εισόδημα από σύνταξη/σύνταξη γήρατος \_\_\_\_\_

Εισόδημα από σύνταξη/σύνταξη γήρατος \_\_\_\_\_

Εισόδημα λόγω αναπηρίας \_\_\_\_\_

Επίδομα ανεργίας \_\_\_\_\_

Επίδομα ανεργίας \_\_\_\_\_

Επίδομα ανεργίας \_\_\_\_\_

Επίδομα ανεργίας \_\_\_\_\_

Επίδομα ανεργίας \_\_\_\_\_

Λήψη επιδόματος παιδιών \_\_\_\_\_

Λήψη διατροφής \_\_\_\_\_

Εισόδημα από ενοίκια \_\_\_\_\_

Κουπόνια τροφίμων \_\_\_\_\_

Λήψη διανομής καταπιστευματικών κεφαλαίων \_\_\_\_\_

Άλλο εισόδημα \_\_\_\_\_

Συνολικό ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα \_\_\_\_\_

## Μηνιαία έξοδα διαβίωσης

Οι ασθενείς που είναι πιθανώς επιλέξιμοι για οικονομική βοήθεια, όπως περιγράφεται στην Πολιτική Οικονομικής Υποστήριξης της Ascension Illinois δεν απαιτείται να συμπληρώσουν αυτή την ενότητα.

Υποθήκη/ενοίκιο \_\_\_\_\_

Υπηρεσίες κοινωνικής ωφελείας \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο (σταθερό) \_\_\_\_\_

Κινητό τηλέφωνο \_\_\_\_\_

Σούπερ μάρκετ/φαγητό \_\_\_\_\_

Καλωδιακή/διαδικτυακή/δορυφορική τηλεόραση \_\_\_\_\_

Πληρωμή αυτοκινήτου \_\_\_\_\_

Φροντίδα παιδιών \_\_\_\_\_

Υποστήριξη/διατροφή παιδιών \_\_\_\_\_

Πιστωτικές κάρτες \_\_\_\_\_

Λογαριασμοί γιατρού/νοσοκομείου \_\_\_\_\_

Ασφάλιση αυτοκινήτου \_\_\_\_\_

Ασφάλιση κατοικίας/περιουσίας \_\_\_\_\_

Ιατρική ασφάλιση υγείας \_\_\_\_\_

Ασφάλεια ζωής \_\_\_\_\_

Άλλα μηνιαία έξοδα \_\_\_\_\_

Συνολικά μηνιαία έξοδα \_\_\_\_\_

## Ενεργητικό

Μετρητά/λογαριασμός ταμειευτηρίου/λογαριασμός όψεως \_\_\_\_\_

Μετοχές/ομόλογα/επενδύσεις/Πιστοποιητικό (ά) καταθέσεων \_\_\_\_\_

Άλλη ακίνητη περιουσία/δευτερεύουσα κατοικία \_\_\_\_\_

Σκάφος/τροχόσπιτο/μοτοποδήλατο/όχημα αναψυχής \_\_\_\_\_

Συλλεκτικά/μη απαραίτητα αυτοκίνητα \_\_\_\_\_

Αποταμιεύσεις υγείας/Ευέλικτος τρεχούμενος λογαριασμός \_\_\_\_\_

Εξουσιοδοτώ την Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates να λάβει πληροφορίες από εξωτερικούς οργανισμούς παροχής στοιχείων πιστώσεων. Βεβαιώνω ότι εξ όσων γνωρίζω οι πληροφορίες σε αυτή την αίτηση είναι αληθείς και σωστές. Θα αιτηθώ οποιαδήποτε κρατική, ομοσπονδιακή ή τοπική βοήθεια για την οποία ενδεχομένως είμαι επιλέξιμος/η, ώστε να πληρώσω τα ιατρικά μου έξοδα. Κατανοώ ότι αυτές οι πληροφορίες που παρέχονται μπορεί να επαληθευτούν από την Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates, και εξουσιοδοτώ την Alexian Brothers Health System που δραστηριοποιείται ως Ascension Illinois affiliates να επικοινωνήσει με τρίτους για να επαληθεύσει την ακρίβεια των πληροφοριών που παρέχονται σε αυτή την εφαρμογή. Κατανοώ ότι εάν παράσχω εν γνώσει μου αναληθείς πληροφορίες σε αυτή την αίτηση, δεν θα είμαι επιλέξιμος/η για οικονομική βοήθεια, οποιαδήποτε οικονομική βοήθεια που μου έχει χορηγηθεί μπορεί να ανακληθεί και θα είμαι υπόχρεος/η για την πληρωμή του/των λογαριασμού/ών.

Υπογραφή αιτούντος \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

**Σχόλια** \_\_\_\_\_