

ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ: _____ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: _____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ ΠΟΛΗ: _____ ΠΟΛΙΤΕΙΑ: _____

Τ.Κ.: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: _____

ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

1. **ΗΣΑΣΤΑΝ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΟΧΑΙΟ ΟΤΑΝ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 a) ΕΑΝ «ΟΧΙ», ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣΑΤΕ; _____
2. **ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ MEDICAID Ή ΓΙΑ ΑΛΛΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΜΗΤΕΙΑ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 a) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΠΟΤΕ ΥΠΟΒΑΛΑΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ; _____
 b) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΥΠΟΒΑΛΑΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ MEDICAID ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΟΧΑΙΟ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 c) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΥΠΟΒΑΛΑΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ; _____
3. **ΕΙΧΑΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ/ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΗ/ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ; ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ _____ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΤΙΚΟ _____**
 a) ΕΑΝ «ΝΑΙ», (ΚΑΙ ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΧΡΕΩΘΕΙ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΑΣ), ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΟΣΤΕΙΛΕΤΕ ΕΝΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ/ΤΩΝ ΚΑΡΤΑΣ/ΚΑΡΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΑΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ.
4. **ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΩΛΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 a) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ _____ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΤΙΚΟ _____
5. **Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΜΕ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΟ ΟΧΗΜΑ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 a) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΥΠΟΒΑΛΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗ; ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ: _____ ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ: _____
6. **ΕΧΕΤΕ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 a) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΟΣΤΕΙΛΕΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΟΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΤΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΣΑΣ.
7. **ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΕΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΙΑ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΟΡΟΥΣ.**
 a) ΜΕΝΕΤΕ ΣΕ ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ Ή ΙΔΙΟΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ; ΙΔΙΟΚΑΤΟΙΚΩ _____ ΝΟΙΚΙΑΖΩ _____
 b) ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΟΨΕΩΣ/ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ: ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΣΕ \$ _____
 c) ΑΛΛΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ, ΜΕΤΑΞΥ ΑΛΛΩΝ, ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΝ / ΜΕΤΟΧΩΝ / ΟΜΟΛΟΓΩΝ / ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΧΡΗΜΑΤΑΓΟΡΑΣ: ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____
 d) ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΣΕ \$ _____

ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΛΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ. ΕΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΩΡΟ, ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΤΗΝ ΠΙΣΩ ΠΛΕΥΡΑ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΤΩΝ 3 ΤΕΛΥΤΑΙΩΝ ΜΗΝΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΤΩΝ 12 ΤΕΛΥΤΑΙΩΝ ΜΗΝΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΕΑΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΕΙΝΑΙ ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ)
	ΕΓΩ				

ΑΠΟΣΤΕΙΛΕΤΕ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3Ή 12 ΜΗΝΩΝ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ:

ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ, ΜΕΤΑΞΥ ΑΛΛΩΝ: • ΜΙΣΘΟΥΣ Ή ΩΡΟΜΙΣΘΙΑ (ΑΠΟΣΤΕΙΛΕΤΕ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ 3 ΜΗΝΩΝ) • ΑΝΕΡΓΙΑ • ΔΙΑΤΡΟΦΗ • ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΒΕΤΕΡΑΝΩΝ • ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (ΠΡΟ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ) Ή ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ • ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΑΙΔΙΩΝ • ΣΥΝΤΑΞΗ • ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 401Κ • ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ • ΕΦΑΠΑΞ ΠΛΗΡΩΜΕΣ • ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ OWF • ΕΤΗΣΙΕΣ ΠΡΟΣΩΔΟΙ • ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΤΑ • ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ • ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΗ/ΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗ/ΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΕΣ • ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ • ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ • ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΤΕ ΜΗΔΕΝΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ Η ΟΠΟΙΑ ΘΑ ΛΗΦΘΕΙ ΥΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ • ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΖΗΤΗΘΕΙ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΟΨΕΩΣ/ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ (Η ΑΛΛΩΝ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ) • ΤΑ ΚΟΥΠΟΝΙΑ ΣΤΙΣΙΣ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ ΩΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΛΛΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΘΟΥΝ ΣΤΗ ΓΡΑΜΜΗ «ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ» ΠΑΡΑΚΑΤΩ

ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΔΗΛΩΣΕΙ ΜΗΔΕΝΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΠΩΣ ΣΥΝΤΗΡΕΙΣΤΕ; _____

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ: ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΟΥ, ΔΙΑΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΣΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΛΥΦΘΕΙ ΟΤΙ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΕ ΤΟ ΕΝ ΛΟΓΩ ΑΤΟΜΟ ΕΙΝΑΙ ΕΣΦΑΛΜΕΝΕΣ Ή ΨΕΥΔΕΙΣ, Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΑΝΑΚΛΗΘΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΦΕΡΕΙ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΘΑ ΧΡΕΩΘΕΙ. ΚΑΤΑΝΩ ΟΤΙ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΩ ΘΑ ΕΠΑΛΗΘΕΥΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΟΧΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΟΥ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΠΙΣΤΩΤΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ, ΚΑΙ ΘΑ ΕΞΕΤΑΣΤΟΥΝ ΑΠΟ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΟΥΣ ΚΑΙ/Η ΠΟΛΙΤΕΙΑΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΟΠΩΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ Ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: _____ **ΣΧΕΣΗ:** _____ **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** _____

(ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ)

ΤΑΧΥΔΡΟΜΗΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
 MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
 4605 DUKE DRIVE
 MASON, OH 45040