

## Հարգելի հիվանդ

Կից ներկայացված է բժշկական խնդիրների վերաբերյալ ֆինանսական աջակցության հայտը Northeast Hospital Corporation-ի, Winchester Hospital-ի և Lahey Clinic Hospital-ի համար: Խնդրում ենք լրացնել ամբողջությամբ և վերադարձնել բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերով: Թերի դիմումները կարող են հանգեցնել ֆինանսական օգնության մերժման:

Հայտը վերադարձնելու վերջնաժամկետը ֆինանսական օգնություն ակնկալող ծառայությունների դիմաց ստացած առաջին հաշիվը ներկայացնելու օրվանից 240 օր է:

Northeast Hospital Corporation-ը, Winchester Hospital-ը, and Lahey Clinic Hospital, Inc- ը և նրանց մասնաճյուղերը, ձգտում են ֆինանսական աջակցություն տրամադրել հիվանդներին, ովքեր ունեն առողջապահական կարիքներ և ապահովագրված չեն, թերի են ապահովագրված, իրավասու չեն պետական ծրագրի կամ չեն կարող վճարել բժշկական անհրաժեշտ խնամքի համար՝ կախված իրենց ֆինանսական վիճակից:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք կապվել ֆինանսական խորհրդատվության բաժանմունքի հետ ստորև նշված համարով:

Ծնորհակալություն:

Դիմումը վերադարձրեք՝

Ֆինանսական խորհրդատվության բաժանմունք  
Lahey Hospital & Medical Center  
41 Mall Road  
Burlington MA 01803  
781-744-8815

## Բժշկական խնդիրների վերաբերյալ ֆինանսական աջակցության դիմում

Խնդրում ենք տպել

Այսօրվա ամսաթիվը \_\_\_\_\_

Սոցիալական ապահովության # \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը \_\_\_\_\_

Հիվանդի անունը \_\_\_\_\_

Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը \_\_\_\_\_

Հասցե \_\_\_\_\_  
Փողոց Բնակարան թիվ

Բաղաք Նահանգ Փոստային ինդեքս

Հիվանդանոցում ծառայություն ստանալու պահին հիվանդն ունեցել է բժշկական ապահովագրություն կամ Medicaid \*\*:

Այո ☐ Ոչ ☐

Եթե «Այո», կցեք ապահովագրական քարտի պատճենը (առջևի և հետևի) և լրացրեք հետևյալը՝

Ապահովագրական ընկերության անվանումը \_\_\_\_\_

Բաղաքականության համարը \_\_\_\_\_

Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը \_\_\_\_\_

Ապահովագրական ընկերության հեռախոսահամարը \_\_\_\_\_

*Նշում. Բժշկական խնդիրների արդյունքում ֆինանսական աջակցություն կարող է չտրամադրվել, եթե ընտանեկան բժշկական ծախսերի համար նախատեսված առողջապահական խնայողական հաշիվ (HSA), առողջության փոխհատուցման հաշիվ (HRA), ճկուն ծախսերի հաշիվ (FSA) կամ նման միջոցներ են հաստատվել: Նախքան օգնություն տրամադրելը, անհրաժեշտ է վճարում կատարել որևէ հաստատված հաշիվից:*

### **Բժշկական խնդիրների վերաբերյալ ֆինանսական աջակցության դիմելու համար լրացրեք հետևյալը.**

Նշեք ընտանիքի բոլոր անդամներին, այդ թվում՝ հիվանդին, ծնողներին, երեխաներին և/ կամ եղբայրներին ու քույրերին՝ հարազատ կամ որդեգրված, մինչև 18 տարեկան տանը բնակվող անձանց

| Ընտանիքի անդամ | Տարիք | Հիվանդի հետ ազգակցական կապը | Եկամտի աղբյուրը կամ գործատուի անուն | Ամսական համախառն եկամուտ |
|----------------|-------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1.             |       |                             |                                     |                          |
| 2.             |       |                             |                                     |                          |
| 3.             |       |                             |                                     |                          |
| 4.             |       |                             |                                     |                          |

Բացի բժշկական դժվարությունների վերաբերյալ ֆինանսական աջակցության դիմումից, անհրաժեշտ է նաև սույն դիմումին կցել հետևյալ փաստաթղթերը.

- Ընթացիկ պետական կամ դաշնային հարկային հայտարարագրեր
- Ընթացիկ W-2 ձևերը և/կամ 1099 ձևերը
- Վերջին չորս աշխատավարձերի տեղեկագրերը
- Չորս ամենավերջին ընթացիկ և (կամ) խնայողական հաշվի քաղվածքներ
- Առողջապահական խնայողական հաշիվներ
- Առողջապահության ծախսերի փոխհատուցման ծրագրեր
- Ճկուն վճարային հաշիվներ
- Բոլոր բժշկական հաշիվների պատճենները

Եթե դրանք հասանելի չեն, խնդրում ենք զանգահարել ֆինանսական խորհրդատվության բաժին (781) 744-8815 հեռախոսահամարով՝ քննարկելու այլ փաստաթղթեր, որոնք կարող եք տրամադրվել:

Նշեք բոլոր բժշկական պարտքերը և տրամադրեք նախորդ տասներկու ամիսների ընթացքում առաջացած հաշիվների պատճենները

| Մատուցված<br>ծառայության<br>ամսաթիվը | Մատուցված<br>ծառայության<br>վայրը | Պարտքի չափը |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| _____                                | _____                             | _____       |
| _____                                | _____                             | _____       |
| _____                                | _____                             | _____       |
| _____                                | _____                             | _____       |
| _____                                | _____                             | _____       |

Խնդրում ենք համառոտ բացատրել, թե ինչու է այդ բժշկական հաշիվների վճարումը դժվարություն առաջացնել

---

---

---

---

---

---

---

Ստորև իմ ստորագրությամբ հաստատում եմ, որ դիմումի մեջ ներկայացված ամբողջ տեղեկատվությունը իմ գիտելիքների, տեղեկությունների և համոզմունքների չափով ճշմարիտ է:

Դիմողի ստորագրությունը \_\_\_\_\_

Հիվանդի հետ ազգակցական կապը \_\_\_\_\_

Լրացման ամսաթիվը \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք սպասել 30 օր լրացված հայտը ստանալու օրվանից՝ իրավասությունը որոշելու համար:

Իրավասու համարվելու դեպքում ֆինանսական աջակցությունը տրամադրվում է հաստատման օրվանից սկսած վեց ամսվա ընթացքում և գործում է Beth Israel Lahey Health-ի մասնաճյուղերում, ինչպես նշված է համապատասխան ֆինանսական աջակցության քաղաքականության Հավելված 5-ում:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Միայն անձնակազմի համար

Դիմում ստացվել է՝

AJH ☐

AGH ☐

BayRidge ☐

BIDMC ☐

BID Milton ☐

BID Needham ☐

BID Plymouth ☐

Beverly ☐

LHMC ☐

LMC Peabody ☐

MAH ☐

NEBH ☐

WH ☐

Դիմումի ստացման ամսաթիվը

