

Karu Pasiinti,

Kêl formuláriu di inskrison pa Solisitason di Asistênsia Finansêru di Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc. sta na aneksu. Prienxi tudu i divolvei djuntu ku tudu dokumentason ki ê precisu. Si inskrison ka for kompletu, asietênsia finansêru podi ser rekuzadu.

Prazu pa divolvidu kêl inskrison ê di 240 dia ki ta komesa ta kontu a partitr di kêl primêru fatura di sirvisu ki foi pididu asietênsia finansêru.

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc. i sês afiliadus ta didika na fornesi asietênsia finansêru pa kês pasientis ki teni problema di saudi ma ki ka teni siguru, ki teni siguru insufisienti, ki ka ta podi ser elijivel/selesionadu pa um programa governamental ou ki ka podi paga pa kuidados médikus nêsêsarius baziadu na sês situason finansêru individual.

Kontakta Financial Counseling pa kêl numeru ki sta dibaxu, si bu tiver duvidas.

Obrigadu.

Divolvi inskrison pa:

Financial Counseling
Department Lahey Hospital & Medical Center
41 Mall Road
Burlington MA 01803
781-744-8815

Formuláriu di inskrison pa Solisitason di Asistênsia Finansêru pa Kuidadus di katridadi

Favor prienxi

Data di oji: _____ Siguransa Sosial # _____

Numeru di registro médiku: _____

Nomi di pasienti: _____

Data di nasimentu di pasienti _____

Inderesu: _____

Rua Numeru di Apartamentu

Sidadi

Stadu

Kódigu Postal

Data di Sirvisus Ospitalar: _____ Data di Nasimentu di Pasienti _____

Pasienti tinha siguru di saudi ou Medicaid na mumentu di sirvisu (s) hospitalar (s)? Sim Não
Si "Sim", poi na aneksu um kopia di Karton di siguro (frenti ku trás) i kompleta o siginti:

Nomi di Kompanhia di siguru: _____ Numeru di Apólisi: _____

Data efetivu: _____ Numeru di tilifoni di siguru: _____

** Antis di inskrevi pa assistênsia finansêru, bu debi sta inskritu na Medicaid na últimos 6 mesis i bu debi apresenta prova di negason .

Atenson: Assistênsia Finansêru podi ka ser aplikadu si um Health Savings Account (HSA), Health Reimbursement Account (HRA), Flexible Spending Account (FSA) ou um fundu semelhanti designadu pa dispesas médikus familiaris foi stablisidu. Pagamentu di kualker fundu stablisidu ê dibidu antis di assistênsia ser fornissidu.

Pa kandidata pa asietênsia finansêru prienxi o siginti:

Poi na lista tudu mémbros di família, inkluidu kêl pasienti, pais, fidjus i/ou irmons natural ou adotadus, minoris di 18 anos ki ta mora na kaza.

Mémbros di Família	Idadi	Parentesku ku Pasienti	Fonti di Renda ou Nomi di Impregador	Renda Brutu Mensal
1.				
2.				
3.				
4.				

Alêm di Solisitason pa Assistênsia Finansêru, tamben nu ta prisisa di kêl siginti dokumentason anexadu a kêl solisitason:

- Diklarason atual di impostu di renda stadual ou federal
- Current Forms W-2s and/or Forms 1099
- Kuarto talon di folha di pagamentu mas resenti
- kuarto stratus di konta Korenti i/ou popansa mas resentis
- Health savings account
- Health reimbursement arrangements
- Flexible spending accounts

Si kês dokumentos li ka sta disponivel, bu ta liga pa Financial Counseling Unit pa (781) 744-8815 pa diskuti ki otu dokumentason bu podi fornese.

Pa nha asinatura dibaxu, amin ta sertifika kin lê ku atenson kêl Pulítika di Asistênsia Finansêru i kêl Solisitason i ki tudu kêl kin diklara ou kualker dokumentason kin aneksa ê verdaderu i koretu até undi kin sabi. Amin ta intendi ki ê ilegal invia intensionalmente informasos falsus pa teni asistênsia finansêru.

Asinatura di Rekerenti: _____

Parentesku ku Pasienti: _____

Data di konkluzon: _____

Si bu renda foi komplementadu di algum forma ou si bu relata um renda di \$0.00 nês inskrison, bu tem ki fazi ki ês Diklarason di Suporti ki sta li dibaxu ta ser prienxidu pa kêl (s) pesoa (s) ki sta ta djuda bu ku bu família.

Diklarason di Suporti

Amin foi identifikadu pa pasienti/responsavel pa ser provedor di apoiu finansêru. Li dibaxu sta kêl lista di sirvisus i suporti kin sta fornese.

Amin sta sertifika i nsta verifica ki tudu kês informasos fornisedus ê verdaderu i koretu, di akordu ku nha konhesimentu. Amin ta intendi ki nha asinatura ka sta bai fazen finanseramenti responsavel pa kês dispesas médikus di ês pasienti.

Asinatura : _____ Data di konkluzon: _____

Pur favor spera 30 dias apartir di data ki kêl formuláriu foi prienxidu pa diterminason di elijibilidadi.

Si for elijivel, assistênsia finansêru ê dadu pa seis mesis apartir di data di aprovason i ê válidu pa tudu kês afiliadus Beth Israel Lahey Health sima sta stablisidu na Apêndisi 5 di sês respektivu Pulítika di Assistênsia Finansêru:

- 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

Sô pa pesual autorizadu.

Inskrison resebidu pa:

AJH

AGH

BayRidge

BIDMC

BID Milton

BID Needham

BID Plymouth

Beverly

LHMC

LMC Peabody

MAH

NEBH

WH

Data Resebidu: