

**NEWYORK – PRESBYTERIAN/QUEENS**

Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών  
3 Expressway Plaza Ste 200  
Roslyn Heights, NY 11577-2050

Αγαπητέ ασθενή:

Σας εσωκλείουμε μία Αίτηση για Φιλανθρωπική Περίθαλψη. Μπορείτε να υποβάλετε την αίτησή σας για Φιλανθρωπική Περίθαλψη οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας τιμολόγησης και είσπραξης. Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση, να επισυνάψετε όλα τα υποστηρικτικά έγγραφα και να την επιστρέψετε στη διεύθυνση που αναγράφεται παραπάνω.

Σε περίπτωση που η αίτησή σας είναι ελλιπής, δεν θα είναι δυνατή η ολοκλήρωση της επεξεργασίας της.

Εάν χρειάζεστε περαιτέρω βοήθεια ή έχετε οποιοσδήποτε απορίες σχετικά με το παρόν υλικό, επικοινωνήστε με το Charity Care Unit (Μονάδα φιλανθρωπικής περίθαλψης) στους τηλεφωνικούς αριθμούς (516) 686-4354 ή (516) 686-4308.

Προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία επεξεργασίας της αίτησής σας για φιλανθρωπική περίθαλψη, ακολουθούν κάποια παραδείγματα εγγράφων που μπορείτε να συμπεριλάβετε στην αίτησή σας:

- Αποδεικτικό μισθοδοσίας
- Επιστολή από τον εργοδότη, εάν υπάρχει
- Έντυπο 1040
- Οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες οι οποίες πιστοποιούν το εισόδημά σας

Εάν δεν έχετε συμπληρώσει το εικοστό πρώτο (21) έτος της ηλικίας σας, Η/ΚΑΙ είστε οικονομικά εξαρτώμενος/η από τους γονείς/κηδεμόνες σας, τότε ο γονέας ή ο κηδεμόνας σας θα πρέπει να συμπληρώσει το έντυπο με τίτλο **APPLICATION FOR CHARITY CARE** (Αίτηση για φιλανθρωπική περίθαλψη) και να παράσχει τα απαραίτητα υποστηρικτικά έγγραφα.

**ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ** έναν έγκυρο τηλεφωνικό αριθμό για επικοινωνία μαζί σας, καθώς και πλήρεις διευθύνσεις, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού/γράμματος διαμερίσματος.

Με το να συμπεριλάβετε μια σημείωση στην οποία θα περιγράφεται η κατάστασή σας, καθώς και αντίγραφα για οποιοδήποτε από τα προαναφερθέντα σχετικά έγγραφα ή άλλα υποστηρικτικά έγγραφα που θα επιλέξετε να υποβάλετε θα μας βοηθήσετε να προσδιορίσουμε εάν εσείς ή το παιδί σας πληρείτε τα κριτήρια συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Εάν είστε μαθητής ή σπουδαστής, παρακαλούμε να καταθέσετε έγγραφα τεκμηρίωσης της μαθητικής σας ιδιότητας.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**ΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΚΑΙ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ Ή ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΣΑΣ ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΓΝΟΗΣΕΤΕ ΤΥΧΟΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΛΗΦΘΕΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ**

Οι αιτήσεις μαζί με τα υποστηρικτικά έγγραφα μπορούν να αποσταλούν μέσω φαξ στον αριθμό: (516) 801-8504

**Ή ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att.: Jerome Fields

**NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS  
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_  
Επώνυμο Όνομα Αρχικό μεσαίου ονόματος

Διεύθυνση \_\_\_\_\_  
Οδός και αριθμός, Διαμέρισμα # Πόλη Πολιτεία Τ.Κ.

Τηλεφωνικός αριθμός (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Επάγγελμα \_\_\_\_\_ Εργοδότης \_\_\_\_\_

Διεύθυνση εργοδότη \_\_\_\_\_ Τηλ. εργοδότη # \_\_\_\_\_

**Εισόδημα** – Καταγράψτε το συνολικό εισόδημα που προκύπτει από εσάς, την/τον σύζυγό σας, και όλα τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού από:

Τύπος εισοδήματος	Συνολικό τους τελευταίους 3 μήνες	Συνολικό τους τελευταίους 12 μήνες
Αποδοχές		
Εισόδημα από αυτοαπασχόληση		
Δημόσια ενίσχυση		
Κοινωνική ασφάλιση		
Επίδομα ανεργίας/Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα		
Διατροφή		
Διατροφή παιδιών		
Συντάξεις		
Εισόδημα από μερίσματα		
Πόροι (τραπεζικοί λογαριασμοί, επενδύσεις, δάνεια, κ.λπ.)		
Συνολικό εισόδημα		

Το νοσοκομείο σας καλεί να υποβάλετε υποστηρικτικά έγγραφα για την τεκμηρίωση του εισοδήματος που δηλώσατε παραπάνω. Παράδειγμα ενός εγγράφου τεκμηρίωσης μπορεί να αποτελεί ένα αποδεικτικό μισθοδοσίας, μια επιστολή από τον εργοδότη, εάν υπάρχει, το έντυπο 1040, κ.λπ.

**Μέγεθος οικογένειας** - Μέλη οικογένειας στο νοικοκυριό σας:

Όνοματεπώνυμο	Ηλικία	Σχέση

*Σημείωση: Παρακαλούμε επισυνάψτε πρόσθετο φύλλο σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερο χώρο.*

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΘΕΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ.

ΑΦΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΚΑΙ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ, ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΓΝΟΗΣΕΤΕ ΤΥΧΟΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥΣ ΕΩΣ ΟΤΟΥ ΛΗΦΘΕΙ ΕΙΓΤΡΑΦΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ.

ΔΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΑΙΤΟΥΜΑΙ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΤΟΥ NEWYORK PRESBYTERIAN HOSPITAL ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΜΟΥ ΓΙΑ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ. ΚΑΤΑΝΟΩ ΟΤΙ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΟΥ ΥΠΟΚΕΙΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΗΣ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΚΑΤΑΝΟΩ ΕΠΙΣΗΣ ΟΤΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟΔΕΙΧΘΟΥΝ ΑΝΑΛΗΘΕΙΣ, ΑΥΤΟ ΘΑ ΕΧΕΙ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΝ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΧΡΕΩΣΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΕΙΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ. ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ, ΕΣ' ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ. ΕΠΙΠΛΕΟΝ, ΔΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΑΡΕΧΩ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΣΤΟ NEWYORK PRESBYTERIAN HOSPITAL ΝΑ ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΕΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ Υπογραφή αιτούντος \_\_\_\_\_ Αρ. Λογαριασμού \_\_\_\_\_

Διεύθυνση αποστολής συμπληρωμένης αίτησης:

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
 3 Expressway Plaza, Suite 200  
 Roslyn Heights, NY 11577  
 Att.: Jerome Fields

\*Η αποστολή μέσω ΦΑΞ στον αριθμό: (516) 801-8504