NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ονοματεπώνυμο 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:

Ονοματεπώνυμο	Ηλικία	Σχέση

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

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ 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 ΕΓΓΡΑΦΗ 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, ΕΞ' 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 Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att.: Jerome Fields
Ή αποστολή μέσω ΦΑΞ στον αριθμό: (516) 801-8504