

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς _____ Ημερομηνία γέννησης _____
Επώνυμο Όνομα Μεσαία Αρχικά.

Διεύθυνση _____
Οδός και Αριθμός, Αριθμός διαμερίσματος Πόλη Πολιτεία Τ.Κ.

Τηλεφωνικός αριθμός (____) _____ Επάγγελμα _____ Εργοδότης _____

Διεύθυνση εργοδότη _____ Τηλ. αριθμός 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		
Συνολικό εισόδημα		

Το νοσοκομείο σας ζητά να υποβάλετε δικαιολογητικά έγγραφα για την τεκμηρίωση του εισοδήματος που δηλώσατε παραπάνω. Παράδειγμα ενός δικαιολογητικού εγγράφου 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 ΥΠΟΒΑΛΗΘΕΙ 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 ΔΗΦΘΕΙ ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ, 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 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ. 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 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ 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 Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753

Att: George Plunkett

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