



## Οδηγίες για υποβολή αίτησης για οικονομική υποστήριξη

**Θα παράσχουμε οικονομική υποστήριξη για ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες για τους ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις.**

Η τήρηση των προϋποθέσεων για οικονομική υποστήριξη θα βασιστεί στις ομοσπονδιακές κατευθυντήριες γραμμές για την ένδεια (που δημοσιεύονται ετησίως στο ομοσπονδιακό μητρώο). Οι ασθενείς που υποδεικνύουν ότι δεν διαθέτουν ασφάλιση ή άλλη μορφή πληρωμής για ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες μπορούν να ζητήσουν να εξεταστεί η αίτησή τους για οικονομική υποστήριξη.

### **ΕΠΙΣΤΡΕΨΤΕ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΕΓΓΡΑΦΑ:**

- **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ** (οι ημιτελείς αιτήσεις δεν θα εξεταστούν)
- **ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**  
**Κάτοικοι Μίτσιγκαν:** 4 τελευταία στελέχη επιταγών και 2 αντίγραφα κίνησης τραπεζικών λογαριασμών ή άλλη απόδειξη εισοδήματος  
**Κάτοικοι Οχάιο:** αποδείξεις εισοδημάτων 3 μηνών
- **ΕΝΤΥΠΟ ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΗΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ** (ΕΑΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ)
- **ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΣΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ**
- **ΕΠΙΣΗΜΑΝΕΤΕ ΑΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΗ Η ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΚΑΠΟΙΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ**

Η McLaren Health Care μπορεί να ζητήσει πρόσθετα οικονομικά έγγραφα που είναι απαραίτητα για την επεξεργασία της αίτησης για οικονομική υποστήριξη.

**ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΕΨΤΕ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΕΝΤΟΣ ΔΕΚΑΤΕΣΣΑΡΩΝ (14) ΗΜΕΡΩΝ ΣΕ:**

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315  
H FinancialAssistance@mclaren.org

**Πρέπει να επιστραφούν όλες οι ζητούμενες πληροφορίες προκειμένου να υποβληθούν σε επεξεργασία / εξέταση για οικονομική υποστήριξη.**

**Εάν έχετε απορίες ή χρειάζεστε βοήθεια στη συμπλήρωση της αίτησης, επικοινωνήστε με:**

Οικονομικές Υπηρεσίες Ασθενών  
Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών  
(844) 321-1557



### Έντυπο εξακρίβωσης εισοδήματος

Αυτό το έντυπο πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν ο αιτών για οικονομική υποστήριξη δεν καταγράφει κανένα εισόδημα.

Για να είναι έγκυρο το έντυπο αυτό, πρέπει να συμπληρωθούν όλα τα πεδία του.

Όνοματεπώνυμο αιτούντος:	Τρέχουσα διεύθυνση αιτούντος:
--------------------------	-------------------------------

#### Εξακρίβωση εισοδήματος αιτούντος

Ο υπογεγραμμένος, \_\_\_\_\_, πιστοποιώ ότι δεν έχω δεδουλευμένο ή μη δεδουλευμένο εισόδημα. Παρέχω την άδεια στη McLaren Health Care να επαληθεύσει την παρούσα δήλωση. Αντιλαμβάνομαι ότι αν η McLaren Health Care διαπιστώσει ότι έχω δεδουλευμένο ή μη δεδουλευμένο εισόδημα, θα αποκλειστώ από τη χορήγηση οικονομικής υποστήριξης.

Προς το παρόν, υποστηρίζομαι από (αναγράψτε πώς καλύπτετε βασικά έξοδα, ανάγκες διατροφής, ένδυσης, καταλύματος καθώς και τα ονόματα όλων των ατόμων που παρέχουν υποστήριξη):

---

---

---

---

---

Αντιλαμβάνομαι ότι ένας εκπρόσωπος της McLaren Health Care μπορεί να επικοινωνήσει με τα προαναφερόμενα πρόσωπα για να επαληθεύσει τις παρεχόμενες πληροφορίες.

#### Υπογραφή

Υπογραφή αιτούντος: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο ολογράφως: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Region       | <input type="checkbox"/> McLaren-Macomb              |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Special Care | <input type="checkbox"/> McLaren Medical Group       |
| <input type="checkbox"/> McLaren Cancer Institute | <input type="checkbox"/> McLaren-Oakland             |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Central Michigan | <input type="checkbox"/> McLaren-Orthopedic Hospital |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Clarkston        | <input type="checkbox"/> McLaren Northern Michigan   |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Flint            | <input type="checkbox"/> McLaren Caro Region         |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Greater Lansing  | <input type="checkbox"/> McLaren Thumb Region        |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Care      | <input type="checkbox"/> McLaren St. Lukes           |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Plan      | <input type="checkbox"/> Άλλο _____                  |
| <input type="checkbox"/> McLaren Homecare Group   |  |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Lapeer Region    |  |

## Αίτημα για οικονομική υποστήριξη

Σύνολο οφειλόμενου υπολοίπου \_\_\_\_\_ Αριθμοί λογαριασμών \_\_\_\_\_

Όνομα ασθενούς \_\_\_\_\_ Αρ. μητρώου κοινωνικής ασφάλισης \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_

Διεύθυνση κατοικίας \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ Ταχυδρομικός κώδικας \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο οικίας \_\_\_\_\_ Εναλλακτικός αριθμός τηλεφώνου \_\_\_\_\_

Όνομα υπεύθυνου μέρους (Εγγυητής) \_\_\_\_\_ Αρ. μητρώου κοινωνικής ασφάλισης \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_

Εργοδότης \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο εργασίας \_\_\_\_\_

Επιλέξτε ένα:  Ενεργά απασχολούμενος  Αυτοαπασχολούμενος  Άνεργος  Συνταξιούχος  Ανάπηρος

Εάν είστε απασχολούμενος, εργάζεστε:  Με πλήρες ωράριο  Με μερικό ωράριο  Περιστασιακά Μέσος όρος ωρών/εβδομάδα \_\_\_\_\_

Όνομα συζύγου \_\_\_\_\_ Αρ. μητρώου κοινωνικής ασφάλισης \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_

Εργοδότης συζύγου \_\_\_\_\_

Επιλέξτε ένα:  Ενεργά απασχολούμενος  Αυτοαπασχολούμενος  Άνεργος  Συνταξιούχος  Ανάπηρος

Εάν είστε απασχολούμενος, εργάζεστε:  Με πλήρες ωράριο  Με μερικό ωράριο  Περιστασιακά Μέσος όρος ωρών/εβδομάδα \_\_\_\_\_

Όνομα και ηλικία εξαρτώμενων μελών (συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και τον/τη σύζυγο) \_\_\_\_\_

### Λογαριασμοί ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ (πιστοποιητικά κατάθεσης, λογαριασμοί χρηματαγοράς, ατομικοί συνταξιοδοτικοί λογαριασμοί), όψεως και πιστωτικής ένωσης

Όνομασία τράπεζας	Πόλη	Είδος λογαριασμού	Υπόλοιπο

Έχετε δικό σας σπίτι;  Ναι  Όχι Εάν ναι, απαριθμήστε παρακάτω.

Έχετε στην κατοχή σας άλλα περιουσιακά στοιχεία; Οχήματα, τροχόσπιτα, άλλα ακίνητα  Ναι  Όχι Εάν ναι, απαριθμήστε παρακάτω.

### ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Περιουσιακό στοιχείο - κατοικία, όχημα κ.λπ.	Αγοραία αξία	Ανεξόφλητο ποσό δανείου

Δείτε οπισθόφυλλο...

**ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ**

Κονδύλιο εισοδήματος	Ποσό (μηνιαίο)	Κονδύλιο δαπάνης	Ποσό (μηνιαίο)
Σύνολο μικτών αποδοχών νοικοκυριού		Ενοίκιο/ Υποθήκη	
Εισόδημα κοινωνικής ασφάλισης		Φόροι ακίνητης περιουσίας	
Έσοδα από τόκους		Αυτοκίνητο	
Έσοδα από μισθώματα		Ασφάλιση: Ιδιοκτήτες κατοικίας	
Διατροφή		Ασφάλιση: Αυτοκίνητο	
Διατροφή παιδιών		Ασφάλιση: Υγεία	
Σύνταξη		Ασφάλιση: Ζωή	
Γενική υποστήριξη		Παροχές κοινής ωφέλειας	
Επίδομα ανεργίας		Τρόφιμα	
Πολιτειακή/ομοσπονδιακή υποστήριξη		Βενζίνη	
Εισφορές από άλλους		Ιατρικά έξοδα	
Εισόδημα από συμβάσεις αγοραπωλησίας οικοπέδου		Διατροφή/ Διατροφή παιδιών	
Αποζημίωση εργαζομένου		Άλλο	
Παροχές οικογένειας στρατιωτικού		Άλλο	
Άλλο (προσδιορίστε)		Άλλο	

**ΔΟΣΕΙΣ ΔΑΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΠΙΣΤΩΤΙΚΩΝ ΚΑΡΤΩΝ**

Πιστωτής	Οφειλόμενο υπόλοιπο	Μηνιαία πληρωμή

Σύνολο εισοδήματος	Σύνολο δαπανών

Επισυνάψτε τυχόν περισσότερα στοιχεία σχετικά με το εισόδημα και τις δαπάνες σας που μπορεί να έχουν σχέση με την αίτησή σας.

Με την παρούσα επιβεβαιώνω ότι, εξ όσων γνωρίζω, οι παραπάνω πληροφορίες είναι ορθές. Εξουσιοδοτώ τη McLaren Health Care Corporation (MHCC) και τις θυγατρικές της να εξακριβώσουν την αριότητα και την ακρίβεια οποιασδήποτε πληροφορίας. Περαιτέρω εγκρίνω την περαιτέρω διάθεση αυτών των πληροφοριών προς γνωστοποίηση στη MHCC και τις συνδεδεμένες εταιρείες της. Αντιλαμβάνομαι ότι ως φιλανθρωπικός οργανισμός η MHCC μπορεί να μου χορηγήσει περίθαλψη με έκπτωση ή δωρεάν. Επίσης, αντιλαμβάνομαι ότι μια αναφορά προσωπικής πίστωσης μπορεί να ληφθεί στο πλαίσιο της διαδικασίας λήψης αποφάσεων.

Υπογραφή ασθενούς ή υπεύθυνου μέρους

Ημερομηνία

Υπογραφή συζύγου

Ημερομηνία

Οι εγκρίσεις είναι σε ισχύ επί δώδεκα μήνες, μετά το πέρας των οποίων θα ζητηθούν επικαιροποιημένες πληροφορίες για τυχόν μελλοντικές υπηρεσίες. Πρέπει να συναφθούν αποδεκτές ρυθμίσεις πληρωμής για τυχόν εναπομείναν υπόλοιπο, οι οποίες μπορούν να επαναξιολογηθούν κατά τη διακριτική ευχέρεια της MHCC.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΑΠΟΦΑΣΗ: