



# Έντυπο Αίτησης Οικονομικής Βοήθειας

## ΠΡΩΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τυπώστε το ονοματεπώνυμο, την διεύθυνσή σας κατά τον χρόνο παροχής ιατρικής υπηρεσίας και άλλες πληροφορίες που σημειώνονται σε αυτή την ενότητα.

Αριθμός λογαριασμού \_\_\_\_\_ Ημερομηνία(ες) Παροχής Υπηρεσίας \_\_\_\_\_

Όνομα ασθενούς: \_\_\_\_\_  
ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΑΡΧΙΚΑ ΜΕΣΑΙΟΥ ΟΝΟΜΑΤΟΣ

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ Χώρα: \_\_\_\_\_  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΟΔΟΣ

Πολιτεία/Επαρχία Κατοικίας: \_\_\_\_\_ Ταχυδρομικός κώδικας: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Οικογενειακή κατάσταση  Άγαμος/η

Έγγαμος/η  Διαζευγμένος/η

Κύριος \_\_\_\_\_

Τηλεφωνικός Αριθμός: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  Οικία  Κινητό  Εργασία  Άλλο \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ασφάλιση υγείας κατά τον χρόνο παροχής υπηρεσίας:  Χωρίς ασφάλιση  Medicare  Medicaid Άλλη \_\_\_\_\_

## ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αναγράψτε το δικό σας εισόδημα, το εισόδημα του/της συζύγου και όλων των μελών της οικογένειας (εάν ισχύει).

Πηγή εισοδήματος	Σύνολο 3 μηνών πριν την Υπηρεσία	Σύνολο 12 μηνών πριν την Υπηρεσία
Μισθός/Αυτοαπασχόληση	\$ _____	\$ _____
Κοινωνική Ασφάλιση	\$ _____	\$ _____
Σύνταξη, Μερίσματα, Τόκος, Εισόδημα Μισθώματος	\$ _____	\$ _____
Ανεργία, Αποζημίωση εργατών	\$ _____	\$ _____
Υποστήριξη παιδιού (μόνο εάν ο ασθενής είναι ο επιθυμητός)	\$ _____	\$ _____
Άλλο	\$ _____	\$ _____

Σύνολο καθαρών Περιουσιακών Στοιχείων (Περιουσιακά στοιχεία - Χρέος) κατά την Ημερομηνία Αίτησης: \$ \_\_\_\_\_

## ΤΡΙΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Αναγράψτε όλα τα μέλη της οικογένειας στην οικία σας καθώς και την ημερομηνία γέννησής τους.

Παρέχετε τις ακόλουθες πληροφορίες για όλα τα άτομα στο εγγύς οικογενειακό περιβάλλον σας που κατοικούν στο σπίτι σας. Σύμφωνα με το Πρόγραμμα Διαχείρισης Υγείας και Πρόνοιας, οικογένεια ορίζεται ο ασθενής, ο/η σύζυγος του ασθενούς και όλα τα τέκνα κάτω των 18 ετών (φυσικά ή θετά) που κατοικούν στο σπίτι του ασθενούς. Αν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών, η οικογένεια θα περιλαμβάνει τον ασθενή, τον/τους φυσικό/ούς ή θετό/ούς γονέα/είς και τον/τους γονέα/είς και τα παιδιά του/των γονέα/ων κάτω των 18 ετών (φυσικά ή θετά) που κατοικούν στο σπίτι του ασθενούς. Όνομα μελών οικογένειας, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς Ημερομηνία γέννησης Σχέση με τον ασθενή

1. Ασθενής \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Με την υπογραφή μου, πιστοποιώ ότι όσα δηλώνω στην παρούσα αίτηση και τα συνημμένα είναι αληθή.**

Υπογραφή Ενδιαφερομένου: x \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Με την υπογραφή μου, πιστοποιώ ότι έχω επανεξετάσει και εγκρίνει την παρούσα αίτηση.**

Υπογραφή Διευθύνοντος Συμβούλου Νοσοκομείου: x \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Επιστρέψτε την συμπληρωμένη αίτησή σας στο: **Penn State Health Rehabilitation Hospital**