

**Halaman Sampul Permohonan Bantuan Keuangan  
Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners  
Telepon: 603-740-3234**

**Kirim Permohonan ke:**

789 Central Avenue, Dover, NH 03820  
ATTN: Financial Assistance Office

**Bantuan Langsung:**

Wentworth-Douglass Business Systems  
121 Broadway Avenue Dover NH 03820

Pemohon yang terhormat:

Anda mungkin bisa mendapatkan bantuan keuangan dari Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners dan mungkin organisasi layanan kesehatan lainnya.

NH Health Access Network adalah grup rumah sakit, dokter, dan penyedia layanan kesehatan lainnya di New Hampshire yang bekerja sama untuk membantu anak-anak serta orang dewasa ketika mereka tidak mampu mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan.

NH Health Access Network diperuntukkan bagi orang yang memiliki Asuransi. Untuk mendapatkan bantuan keuangan melalui NH Health Access Network dengan biaya sendiri, asuransi Anda harus aktif dan diterima oleh dan dalam jaringan dengan penyedia. (Program Spend Down Medicaid bukanlah asuransi sehingga mereka yang memenuhi syarat atau terdaftar dalam program ini tidak memenuhi syarat untuk NH Health Access Network.) Jika Anda tidak memiliki asuransi, bantuan keuangan mungkin tersedia dari penyedia Anda; untuk informasi lebih lanjut, silakan hubungi konselor keuangan di Kantor Bisnis Wentworth-Douglass Hospital di 603-740-3234.

Cara Mengajukan Permohonan

Untuk mengetahui apakah Anda atau rumah tangga Anda memenuhi syarat, Anda harus mengisi permohonan dan memberikan bukti penghasilan, serta salinan dokumen berikut:

<b>Dokumentasi yang harus diserahkan bersama permohonan Anda</b>	<b>Disertakan</b>
<p>1. Salinan lengkap Surat Pemberitahuan Pajak Penghasilan Federal terbaru Anda (Formulir 1040) dan semua rencana prosedur pendukung, termasuk formulir W-2 tahun lalu</p> <p><i>ATAU Jika Anda tidak memasukkan surat pemberitahuan pajak, maka Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir 4506T, yang memungkinkan kami menghubungi IRS untuk memverifikasi bahwa surat pemberitahuan pajak tidak dimasukkan</i></p> <p><input type="checkbox"/> Centang setelah Formulir 4506T ditandatangani</p>	
<p>2. Salinan dari 3 (tiga) gaji terakhir berturut-turut terlepas dari potongan siklus gaji atau pernyataan dari pemberi kerja pada kop surat perusahaan</p>	
<p>3. Jika Wiraswasta, laporan laba-rugi 12 bulan (dari bulan ini) yang diperlukan pada surat pemberitahuan pajak tahun lalu tidak akan dipertimbangkan</p>	
<p>4. Jika Anda tidak mempunyai penghasilan, maka Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir Pernyataan Tidak Ada Penghasilan dan Dukungan, yang kami perlukan untuk memproses permohonan Anda. Silakan minta formulir.</p>	
<p>5. Salinan 3 (tiga) laporan bank terbaru (mis., tabungan, cek, pasar uang, IRA, 401K, dll.). Semua rekening dan SEMUA HALAMAN WAJIB DIISI (termasuk halaman kosong).</p> <p><i>a. Jika Anda tidak memiliki rekening bank, maka Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir Pernyataan Tidak Ada Rekening Bank, yang kami perlukan untuk memprosesnya. Silakan minta formulir.</i></p>	
<p>6. Salinan tunjangan kompensasi pengangguran atau cacat (termasuk tanggal mulai)</p>	
<p>7. Salinan tunjangan pensiun</p>	

**PROGRAM BANTUAN KEUANGAN**

Dokumentasi yang harus diserahkan bersama permohonan Anda	Disertakan
8. Salinan penghasilan Jaminan Sosial (laporan tunjangan tahunan, salinan cek, atau setoran langsung)	
9. Salinan Pemberitahuan Bantuan Pemerintah, termasuk Uang Belanja Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan & Salinan alokasi Kupon Makanan, surat penetapan.  <i>a. Jika tidak ada pemberitahuan, Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir Otorisasi untuk Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan, yang memungkinkan kami mendapatkan pemberitahuan dari Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan. SEMUA HALAMAN WAJIB DIISI.</i>	
10. Salinan Kompensasi Pekerja (sebutkan tanggal cedera)	
11. Salinan Perjanjian Anak, bukti pembayaran dengan frekuensi pembayaran, atau surat yang menunjukkan bukti tunjangan pembayaran telah dibayarkan dan/atau diterima	
12. Jika Anda sudah menikah, tetapi telah berpisah dari pasangan Anda, salinan dokumen perpisahan Anda yang sah dari pengadilan diperlukan  <i>b. Jika Anda tidak melalui sistem pengadilan untuk perpisahan Anda, maka Anda akan diminta untuk memberikan pernyataan perpisahan dan/atau perjanjian sewa yang diiktakan</i>	

**\*\*KAMI DAPAT MEMBUAT SALINAN UNTUK ANDA DARI DOKUMENTASI APA PUN YANG BERLAKU \*\***

**Dokumen TIDAK dikembalikan kepada pemohon; dokumen dipindai dan dimusnahkan dengan aman.**

**Harap dicatat bahwa prosedur elektif mungkin tidak dipertimbangkan untuk mendapatkan bantuan**

Harap gunakan daftar periksa ini untuk memastikan kami memiliki semua informasi yang diperlukan untuk memproses permohonan Anda dengan cepat dan benar. Kami mungkin meminta informasi tambahan dari Anda, jadi harap verifikasi bahwa informasi kontak yang Anda cantumkan sudah akurat.

- Bedah Kosmetik
- Fertilisasi In-Vitro (IVF)
- Terapi Reproduksi Tingkat Lanjut (ART)
- Layanan Bypass Lambung tanpa adanya penentuan kebutuhan medis oleh pembayar
- Rekening yang dihubungkan ke studi penelitian
- Item Kenyamanan Pasien termasuk akomodasi premium dan akomodasi semalam yang berdasarkan permintaan pasien dan biasanya tidak ditanggung oleh paket asuransi kesehatan
- Layanan lain yang tidak diperlukan secara medis dan ditagih berdasarkan jadwal biaya bayar mandiri yang telah ditentukan sebelumnya

**Informasi yang Anda berikan bersifat rahasia.**

**Anda akan terus bertanggung jawab secara finansial atas layanan apa pun yang Anda terima hingga kami mengetahui apakah Anda memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan. Untuk mencegah penarikan biaya apa pun, rencana pembayaran dapat diatur dengan penagihan 617-726-3884.**

Jika Anda belum mendengar kabar dari kami dalam 30 hari setelah mengembalikan permohonan Anda, atau Anda memerlukan bantuan untuk memahaminya, silakan hubungi Kantor Bantuan Keuangan kami di (603) 740-3234 dan salah satu dari perwakilan kami akan membantu Anda.

Untuk melihat kebijakan Bantuan Keuangan Wentworth-Douglass Hospital, kunjungi [www.wdhospital.org; Patient Services/](http://www.wdhospital.org; Patient Services/)

**PROGRAM BANTUAN KEUANGAN**

Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners  
 Kirim surat ke: 789 Central Avenue  
 Langsung: 121 Broadway, Wentworth-Douglass Business Systems  
 Dover NH 03820  
 603-740-3234

**Permohonan Bantuan Keuangan**

## 1. Informasi Pasien:

Nama Belakang	Nama Depan	Nama Tengah	Nomor Jaminan Sosial	Tanggal Lahir
Alamat	Kota	Wilayah	Kode pos	Durasi menempati alamat
Alamat Surat	Kota	<input type="checkbox"/> Wilayah	Kode pos	
Nomor Telepon	Alamat Email	Pilih yang sesuai: <input type="checkbox"/> Lajang <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Serikat Sipil <input type="checkbox"/> Berpisah <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Duda/Janda <input type="checkbox"/> Warga AS <input type="checkbox"/> Residen NH		

## 2. Wali Pembayar Tagihan

Nama Belakang	Nama Depan	Nama Tengah	Hubungan dengan Pasien	Nomor Jaminan Sosial
Alamat jika Berbeda dengan alamat Pasien	Nomor Telepon		Alamat Email	
Nama Perusahaan Asuransi (tercantum pada Surat Pemberitahuan Pajak tahun sebelumnya)			Tanggal Berlaku	

3. **\*\*Harap sebutkan SEMUA orang yang tinggal di rumah tangga tersebut, termasuk pemohon:**

Gunakan selebar kertas tambahan jika diperlukan

NAMA	HUBUNGAN DENGAN PASIEN	TANGGAL LAHIR	NO. JAMINAN SOSIAL	NAMA DOKTER
<b>1 DIRI SENDIRI</b>				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Apakah permohonan ini untuk layanan masa depan atau masa lalu?  Masa Depan  Masa Lalu Tanggal Layanan: \_\_\_\_\_

5. Harap diisi jika ada anggota rumah tangga Anda yang memiliki asuransi:

Asuransi kesehatan (Paket>Nama) \_\_\_\_\_, Rekening tabungan kesehatan (cek) –  Ya  Tidak **Siapa:** \_\_\_\_\_

Polis #/ID# \_\_\_\_\_ Jumlah Risiko: \_\_\_\_\_

Medicare Bagian A \_\_\_\_, Medicare Bagian B \_\_\_\_ Menerima bantuan untuk membayar Pengobatan Bagian B \_\_\_\_ **Siapa:** \_\_\_\_\_6. Apakah ada orang di rumah Anda yang mengajukan Medicaid?  Ya  Tidak **Siapa:** \_\_\_\_\_**Siapa:** \_\_\_\_\_ Jika ya dan ditolak, harap berikan salinan pemberitahuan penolakan Medicaid.7. Sudahkah Anda mengajukan permohonan bantuan keuangan di fasilitas lain?  Ya  Tidak Jika ya, di mana: \_\_\_\_\_8. Apakah ada anggota rumah tangga Anda yang sedang hamil?  Ya  Tidak

**PROGRAM BANTUAN KEUANGAN**

9. Apakah ada orang di rumah Anda yang bertugas di militer?  Ya  Tidak Siapa? \_\_\_\_\_
10. Apakah Anda baru saja mengajukan tuntutan kompensasi pekerja atau kecelakaan kendaraan bermotor?  
 Ya  Tidak Tanggal: \_\_\_\_\_
11. Apakah ada orang di rumah Anda yang memenuhi syarat untuk mendapatkan tunjangan Jaminan Sosial?  
 Ya  Tidak Siapa? \_\_\_\_\_
12. Apakah ada orang lain yang mengklaim surat pemberitahuan pajak penghasilannya kepada Anda?  
 Ya  Tidak Siapa? \_\_\_\_\_

13. INFORMASI RUMAH TANGGA	ORANG 1 (PASIEN)	ORANG 2 (Pasangan/Tanggungan)	ORANG 3 (Tanggungan)
<b>NAMA masing-masing anggota rumah tangga:</b>	_____	_____	_____
<b>Nama atasan:</b>	_____	_____	_____
<b>Penghasilan Bulanan Dari:</b>			
Pekerjaan:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Wiraswasta:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Rekening Investasi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Penyewaan Real Estate:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pengangguran sejak (____/____/____) (Tanggal)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Masa pensiun: (Jaminan Sosial, Pensiun, Anuitas)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Nafkah Cerai/Tunjangan Anak:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Bantuan Publik, Kupon Makanan:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Penghasilan Lain:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Tabungan dan Investasi:</b>			
Saldo Rekening Cek	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldo Rekening Tabungan & Sertifikat Deposito	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, 403B, 401K: Sebutkan: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tabungan dan Investasi Lainnya: Sebutkan: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Lainnya:</b>			
Mobil:                      Tahun, Merek, Model?	_____	_____	_____
Kendaraan Rekreasi:      Tahun, Merek, Model?	_____	_____	_____

14. PENGELUARAN RUMAH TANGGA					
Pembayaran Sewa Bulanan: \$ _____ atau Pembayaran Hipotek: \$ _____ Saldo Pinjaman Hipotek \$ _____					
Jumlah Pajak Properti Tidak Termasuk dalam Jumlah Pembayaran Di Atas: \$ _____ Nilai Rumah: \$ _____					
Apakah Anda Memiliki Properti Selain Tempat Tinggal Utama? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya, Nilai? \$ _____ Saldo hipotek: \$ _____					
Jika properti lain adalah bisnis, cantumkan alamat: _____					
Pembayaran Pinjaman Bulanan: \$ _____ Dibayarkan kepada: _____ Untuk: _____					
Medicare Bagian D dipotong dari cek Jaminan Sosial: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jumlah: \$ _____					
Utilitas	\$ _____	Asuransi (Otomotif/Jiwa/Properti)	\$ _____	Lainnya:	\$ _____
Nafkah Cerai/Tunjangan Anak	\$ _____	Asuransi Kesehatan <u>Premium</u>	\$ _____	Lainnya:	\$ _____
Penitipan Anak	\$ _____	Tagihan Kesehatan	\$ _____	Lainnya:	\$ _____
Hidup (gas, makanan, pakaian)	\$ _____	Obat-obatan	\$ _____	Lainnya:	\$ _____

**PROGRAM BANTUAN KEUANGAN****15. PENGALIHAN HAK—*Bacalah dengan Cermat***

Dengan menandatangani di bawah ini, saya mengizinkan permintaan untuk surat pemberitahuan pajak saya. Saya memahami bahwa surat pemberitahuan pajak diperlukan untuk memproses permohonan ini dan informasi lebih lanjut dapat diminta sebelum kelayakan saya dapat ditentukan.

Apabila saya belum sepenuhnya mengungkapkan, atau secara tidak akurat menyatakan, penghasilan atau aset apa pun, maka perjanjian apa pun yang akan memberi Anda potongan perawatan dana sosial akan batal demi hukum dan akan berlaku surut sejak tanggal tagihan terutang. Saya mungkin bertanggung jawab atas segala/semua biaya hukum selama proses pengumpulan.

**Semua anggota rumah tangga dewasa yang bertandatangan di bawah ini mengizinkan dirilisnya informasi medis, keuangan, atau pekerjaan apa pun yang berhubungan langsung dengan perawatan kesehatan atau kelayakan bantuan keuangan mereka. Informasi ini dapat diberikan kepada penyedia layanan kesehatan mana pun yang menjadi tempat anggota rumah tangga meminta layanan kesehatan atau bantuan keuangan. Semua informasi yang diberikan akan tetap dirahasiakan berdasarkan ketentuan peraturan federal HIPAA. Prosedur elektif mungkin tidak dipertimbangkan untuk mendapatkan bantuan.**

Saya setuju bahwa saya akan membayar kembali pemberian bantuan keuangan secara penuh jika saya menerima pembayaran dalam bentuk apa pun untuk layanan medis yang tercakup dalam permohonan ini, misalnya pembayaran asuransi, pembayaran program pemerintah, pemberian dari tuntutan hukum atau pembayaran lain apa pun.

Jika saya menerima Bantuan Keuangan, saya setuju untuk memberi tahu organisasi tempat saya pertama kali mengajukan permohonan mengenai perubahan apa pun yang dapat memengaruhi kelayakan, termasuk perubahan pada ukuran keluarga, penghasilan, dan cakupan asuransi kesehatan. Saya memahami bahwa jika situasi medis saya/kami berubah sehingga saya/kami memenuhi syarat untuk mengikuti program bantuan publik, saya harus mengajukan permohonan ke program tersebut dan memberikan bukti permohonan.

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Pemohon

\_\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Pemohon Bersama

\_\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Tanggungan

\_\_\_\_\_  
Tanggal