

Cover Page Permohonan FA

Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners
Telepon: 603-740-3234

Permohonan melalui surat ke:
789 Central Avenue Dover NH 03820
ATTN: Financial Assistance Office

Datang 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 Partners serta organisasi kesehatan lainnya..

Jaringan Akses Kesehatan NH (NH Health Access Network) adalah perkumpulan rumah sakit, dokter dan penyedia layanan kesehatan lainnya di New Hampshire yang bekerja sama untuk membantu anak-anak dan orang dewasa ketika mereka tidak mampu menjangkau biaya layanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Jaringan Akses Kesehatan NH adalah untuk perorangan yang memiliki asuransi. Untuk mendapatkan bantuan finansial melalui Jaringan Akses Kesehatan NH tanpa mengeluarkan biaya, asuransi Anda harus aktif dan diterima di dan oleh jaringan penyedia layanan. (Program Medicaid Spend Down bukanlah asuransi sehingga orang yang memenuhi syarat atau terdaftar di program ini tidak memenuhi syarat untuk program Jaringan Akses Kesehatan NH. Jika Anda tidak memiliki asuransi, bantuan finansial mungkin tersedia dari provider Anda; untuk informasi lebih lanjut, silakan hubungi penasihat keuangan di Kantor Bisnis Rumah Sakit Wentworth-Douglass di nomor 603-740-3234.

Cara mengajukan permohonan:

Untuk mengetahui apakah Anda memenuhi syarat atau rumah tangga Anda, Anda harus melengkapi permohonan dan memberikan bukti pendapatan, dan salinan dari dokumen-dokumen berikut:

Dokumentasi yang harus diserahkan dengan permohonan Anda	Termasuk	Tidak Berlaku
1. Bukti cakupan manfaat kesehatan atau pembebasan		
2. Salinan Lengkap Pajak Penghasilan Federal Anda terbaru (Formulir 1040) dan semua jadwal pendukung, termasuk formulir W-2 tahun lalu <i>a. Jika Anda tidak mengajukan pajak penghasilan, Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir 4506T, yang memungkinkan kita untuk menghubungi IRS untuk memverifikasi pengembalian pajak penghasilan yang tidak diajukan</i>		
3. Salinan dari tiga (3) slip gaji berurutan yang terbaru, atau pernyataan dari atasan dengan menggunakan kop surat perusahaan		
4. Jika Wiraswasta, laporan laba dan rugi selama 12 bulan diperlukan		
5. Jika Anda tidak memiliki penghasilan, Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir <i>No Income and Support Proclamation</i> , yang kita perlukan untuk memproses aplikasi Anda		
6. Salinan tiga (3) laporan bank terbaru (misalnya, tabungan, cek, pasar uang, IRA, 401K, dll) <i>a. Jika Anda tidak memiliki rekening bank, Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir No Bank Account Proclamation, yang kita perlukan untuk memproses aplikasi Anda</i>		
7. Salinan santunan pengangguran atau kompensasi cacat (termasuk tanggal mulai)		

Wentworth–Douglass Health System
Permohonan Bantuan Keuangan

8241–41A
Rev. 02/24/16

8. Salinan manfaat pensiun		
9. Salinan pendapatan Jaminan Sosial (pernyataan manfaat tahunan, salinan cek atau transfer langsung)		
10. Salinan pembagian kupon makan		
11. Salinan Pernyataan Bantuan Pemerintah, termasuk Surat Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Yang Digunakan & Dikurangi. <i>a. Jika tidak ada pemberitahuan, Anda akan diminta untuk menandatangani Formulir Otorisasi untuk Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan, yang memungkinkan kita untuk mendapatkan pemberitahuan dari Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan</i>		
12. Salinan Kompensasi Pekerja (tunjukkan tanggal cedera)		
13. Salinan tunjangan anak yang dibayar dan/atau diterima.		
14. Jika Anda sudah menikah tapi telah berpisah dari pasangan Anda, salinan dokumen perpisahan legal Anda diperlukan <i>b. Jika Anda tidak melalui sistem pengadilan untuk perpisahan Anda, Anda akan diminta untuk memberikan pernyataan notaris perpisahan dan / atau perjanjian sewa</i>		

**** MOHON KIRIM SALINAN SETIAP DOKUMENTASI YANG BERLAKU ****

Dokuman TIDAK dikembalikan kepada pemohon; Dokuman discan dan dihancurkan di tempat yang aman.

Harap dicatat bahwa prosedur elektif tidak disarankan sebagai bantuan

Mohon gunakan daftar periksa ini untuk memastikan kami memiliki semua informasi yang dibutuhkan dengan cepat dan memproses aplikasi Anda dengan benar. Kami akan meminta Anda sebagai informasi tambahan, jadi harap pastikan bahwa informasi kontak yang Anda telah daftarkan akurat.

Informasi yang Anda berikan bersifat rahasia.

Anda akan terus bertanggung jawab secara finansial untuk setiap layanan yang Anda terima sampai kami mengetahui Anda memenuhi syarat untuk membantu.

Jika Anda belum mendapat respons dari kami dalam 30 hari setelah mengembalikan aplikasi Anda, atau Anda memerlukan bantuan dalam memahami itu, hubungi Kantor Bantuan Keuangan kami di (603) 740-3234 dan salah satu perwakilan kami akan membantu Anda

Untuk melihat kebijakan Bantuan Keuangan Wentworth-Douglass Hospital, kunjungi:
www.wdhospital.com/Patient Services/

Wentworth–Douglass Health System
Permohonan Bantuan Keuangan

8241–41A

Rev. 02/24/16



Bantuan Keuangan – untuk kesehatan Anda

Permohonan Bantuan Kesehatan

1. Informasi Pasien:

Nama Belakang	Nama Depan	Nama Tengah	Nomor Jaminan Sosial	Tanggal Lahir
Alamat	Kota	Negara	Kode Pos	Rentang Waktu ke alamat ini
Alamat Surat	Kota	Negara	Kode Pos	
Telepon Rumah	Telepon Kantor	<input type="checkbox"/> Lajang	<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Serikat Sipil
		<input type="checkbox"/> Berpisah	<input type="checkbox"/> Bercerai	<input type="checkbox"/> Janda/Duda
		<input type="checkbox"/> Warganegara Amerika	<input type="checkbox"/> Warga NH	

2. Penanggung Jawab atas Pembayaran Tagihan

Nama Belakang	Nama Depan	Nama Tengah	Hubungan dengan Pasien	Nomor Jaminan Sosial
Alamat (jika berbeda dengan alamat pasien)	Telepon Rumah	Telepon Kantor		
Nama Perusahaan Asuransi	Tanggal Efektif			

3. **Harap, sebutkan SEMUA orang yang tinggal di dalam rumah termasuk pemohon: Gunakan lembar kertas tambahan jika diperlukan

NAMA	HUBUNGAN DENGAN PASIEN	TANGGAL LAHIR	JAMINAN SOSIAL #	NAMA DOKTER
1.	PASIEN			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. Apakah aplikasi ini untuk layanan mendatang atau yang lalu? Yang akan datang Yang lalu Tanggal layanan: _____

5. Silakan isi jika ada anggota keluarga Anda ada yang memiliki asuransi

Asuransi kesehatan (Program>Nama) _____ Rekening tabungan kesehatan (cek) - Ya Tidak Siapa?: _____

Polis#/ID# _____ Besar angsuran : _____

Perawatan medis Bagian A ___ Perawatan medis Bagian B ___ Menerima bantuan membayar Perawatan medis Bagian B ___ Siapa: _____

6. Apakah ada anggota keluarga Anda yang pernah mengajukan bantuan kesehatan Medicaid? Ya Tidak Siapa?: _____

Siapa: _____ Jika Ya dan ditolak, silakan sediakan salinan surat penolakan Medicaid

7. Apakah Anda pernah mengajukan bantuan kesehatan di fasilitas lainnya? Ya Tidak Jika Ya, di mana? _____

8. Apakah ada anggota keluarga Anda yang sedang hamil? Ya Tidak

9. Apakah ada anggota keluarga Anda bekerja di militer? Ya Tidak Siapa?: _____

10. Apakah Anda baru-baru ini mengajukan kompensasi pekerja atau klaim kecelakaan kendaraan motor? Ya Tidak Tanggal: _____

11. Apakah ada anggota keluarga Anda yang memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat Jaminan Sosial? Ya Tidak Siapa?: _____

12. Apakah ada orang lain yang mengklaim pajak penghasilan mereka pada Anda? Ya Tidak Siapa?: _____

Wentworth-Douglass Health System
Permohonan Bantuan Keuangan

8241-41A

Rev. 02/24/16

13. INFOMASI RUMAH TANGGA	ORANG 1	ORANG 2	ORANG 3
*Nama masing-masing anggota rumah tangga:	_____	_____	_____
Nama Perusahaan/Atasan	_____	_____	_____
Formulir Pendapatan Per Bulan:			
Pekerjaan:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Wiraswasta:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tabungan Investasi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Penyewaan Rumah:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pengangguran: (Sejak ___/___/___)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensiunan: (Jaminan Sosial, Pensiun, Anuitas)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tunjangan Anak	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Bantuan Masyarakat, Kupon Makanan:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pendapatan Lain:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tabungan dan Investasi:			
Saldo Rekening Koran	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldo Tabungan & Deposito	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401K. Spesifikasi: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tabungan dan investasi lainnya.			
Spesifikasi: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Lainnya: Mobil: Tahun, Buatan, Model?	_____	_____	_____
Kendaraan Rekreasi: Tahun, Buatan, Model?	_____	_____	_____

14. PENGELUARAN RUMAH TANGGA
Pembayaran Sewa Per bulan: \$ _____ atau Pembayaran Anggungan: \$ _____ Sisa Pinjaman Hipotek: \$ _____
Jumlah pajak properti yang tidak termasuk pembayaran di atas: \$ _____ Nilai Rumah: \$ _____
Apakah Anda memiliki properti lain selain Rumah utama? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika "ya," Nilai: \$ _____ Sisa Hutang Hipotek: \$ _____
Jika properti lain digunakan sebagai usaha, sebutkan alamatnya: _____
Pembayaran Pinjaman Per bulan: \$ _____ Dibayar kepada: _____ untuk: _____
Perawatan medis Bagian D dikurangi dari Cek Jaminan Sosial: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jumlah: \$ _____
Utiitas \$ _____ Asuransi (Otomatis/Jiwa/Properti) \$ _____ Asuransi Lainnya: _____ \$ _____
Tunjangan Anak \$ _____ Kesehatan \$ _____ Lainnya: _____ \$ _____
Perawatan Anak \$ _____ Tagihan Perawatan Kesehatan \$ _____ Lainnya: _____ \$ _____
Kebutuhan sehari-hari (gas, makanan, pakaian) \$ _____ Pengobatan \$ _____ Lainnya: _____ \$ _____

15. PENGALIHAN HAK <i>Baca dengan seksama</i>
Dengan menandatangani di bawah ini saya memberikan otorisasi permintaan laporan kredit dan/ atau formulir pajak penghasilan saya. Saya memahami bahwa formulir pajak penghasilan diperlukan untuk memproses aplikasi ini dan bahwa informasi lebih lanjut dapat diminta sebelum kelayakan saya dapat ditentukan. Dalam hal bahwa saya belum sepenuhnya mengungkapkan, atau telah menunjukkan dengan tidak akurat setiap aset penghasilan, setiap kesepakatan kepada Anda dengan diskon perawatan amal maka akan batal demi hukum, dan akan retroaktif kembali ke tanggal tagihan hutang. Saya mungkin akan bertanggung jawab untuk setiap / semua biaya hukum selama proses penagihan.
Semua anggota rumah tangga dewasa yang bertandatangan di bawah ini memberi otorisasi keluarnya setiap informasi kesehatan, keuangan, atau pekerjaan yang berhubungan langsung dengan perawatan kesehatan mereka atau untuk kelayakan bantuan keuangan mereka. Informasi ini mungkin akan dirilis untuk setiap penyedia layanan kesehatan dari anggota rumah tangga yang telah mengajukan layanan kesehatan atau bantuan keuangan. Semua informasi yang diberikan akan tetap rahasia sesuai dengan ketentuan peraturan federal HIPAA. Prosedur elektif mungkin tidak dipertimbangkan untuk mendapatkan bantuan. Saya setuju bahwa saya akan membayar kembali hadiah bantuan keuangan secara penuh jika saya menerima pembayaran apapun untuk layanan medis yang dicakup oleh aplikasi ini, misalnya untuk pembayaran asuransi, pembayaran program pemerintah, penghargaan dari gugatan hukum atau pembayaran lainnya. Jika saya menerima Bantuan Keuangan, saya setuju untuk memberitahu organisasi di mana saya pertama kali mendaftar, dari setiap perubahan yang dapat mempengaruhi kelayakan, termasuk perubahan ukuran keluarga, pendapatan dan perlindungan asuransi kesehatan. Saya memahami bahwa jika / situasi medis saya/kami berubah sehingga saya / kami mungkin memenuhi syarat untuk program bantuan publik, saya akan harus mendaftar untuk program itu dan memberikan bukti aplikasi.

Tanda Tangan Pemohon

Tanggal

Tanda Tangan Rekan Pemohon

Tanggal

Wentworth–Douglass Health System
Permohonan Bantuan Keuangan

8241–41A

Rev. 02/24/16