



QENDRA MJEKËSORE MONTEFIORE

KËRKESË PËR NDIHMË FINANCIARE

INFORMACIONI I APLIKANTIT					
Emri i pacientit			Numri i Sigurimeve Shoqërore		
Adresa				Data e kërkesës	
Qyteti			Shteti	Kodi postar	
Telefoni		Marrëdhënia me pacientin	<i>Vetë Bashkëshort/e Fëmijë Prind Gjysh/e Nip/Mbesë Tjetër</i>		
Të ardhurat vjetore bruto		Numri i pjesëtarëve të familjes		Shuma që duhet paguar	
FLETA E PËRMBUSHJES SË KUSHTEVE: VETËM PËR PËRDORIM ZYRTAR					
Këshilltari financiar				Balanca e përshtatur e llogarisë	
Numri i kartelës mjekësore të pacientit		Numri i llogarisë		Numri i referencës së faturës	
Të ardhura të verifikuara nga IRS-ja	Po Jo	Dokumentet vërtetuese	1. Dëftesë takse nga IRS-ja 2. Dokumentimi i taksave		
Të ardhurat vjetore të përgjithshme të verifikuara			Të tjera, cilësoni:		
Aplikanti është miratuar për Ndihmë Financiare në nivelin e kategorisë së mëposhtme (1-6, 9M)					
Data e bërjes së kërkesës			Data e marrjes së dëftesës së taksave të IRS-së		

Data e marrjes së kërkesës		Data e përshtatjes së llogarisë	
Data e njoftimit të ndihmës financiare		Data e miratimit /hedhjes poshtë	
Miratuar nga:			

DEKLARATA E KËRKESËS

Nënshkrimi im në këtë fletë-kërkesë riafirmon autorizimin tim për caktimin e përfitimeve dhe lëshimin e informacionit që ka lidhje me shërbimet mjekësore të siguruara në Qendrën Mjekësore Montefiore.

Nëse i përmbush kushtet për Ndhimë Financiare, bie dakord që të informoj Qendrën Mjekësore Montefiore për çdo ndryshim në gjendjen e familjes sime në lidhje me numrin e pjesëtarëve të familjes, ndryshimin e të ardhurave, si dhe të sigurimit shëndetësor, të cilat mund ta ndryshojnë të drejtën time për të marrë Ndhimë Financiare. Unë autorizoj punëdhënësin tim dhe sigurimin tim shëndetësor që t'i japin Qendrës Mjekësore Montefiore informata rreth të ardhurave të mia, pagesave të sigurimit tim shëndetësor, sigurimeve të tjera shëndetësore, pagesave koopejment, shumave deduktive dhe përfitimeve të sigurimit tim shëndetësor.

Nëse kërkoj Ndhimë Financiare për shkak të ndonjë aksidenti ose të ndonjë incidenti tjetër dhe nëse marr para për shkak të këtij aksidenti ose incidenti nga ndonjë burim tjetër, si p.sh. nga Kompensimi i Punonjësve ose nga ndonjë kompani sigurimi, unë do t'ia kthej paratë Qendrës Mjekësore Montefiore për çdo shërbim mjekësor që u sigurova në Qendrën Mjekësore Montefiore dhe që është paguar ose zvogëluar nga Ndhimë Financiare.

I gjithë informacioni në këtë fletë-kërkesë është i vërtetë me aq sa kam dijeni dhe bie dakord që të siguroj dokumentacion nëse më kërkohet.

Emri me shkronja shtypi i pacientit		Data	
Nënshkrimi i pacientit			

Jam i/ e autorizuar ligjërisht që të jap miratim në emër të pacientit të shënuar më sipër. Marrëdhënia ime me pacientin përshkruhet më poshtë:

Nënshkrimi i përfaqësuesit të autorizuar		Data
Marrëdhënia me pacientin		

Plotësoni këtë fletë-kërkesë dhe Formularin 8821 të IRS-së dhe kthejeni në adresën e mëposhtme:
Montefiore Medical Center, Patient Financial Services Department 111 East 210th St Bronx NY 10467