

HELEN HAYES HOSPITAL

Helen Hayes Hospital, Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

הילף מיטן באצאלן שפיטאל הוצאות - אפלקציה

דעס איז אן אפליקציה פאר פיינאנשיל הילף.

ניו יורק פארלאנגט אז אלא שפיטאלס זאלן העלפן מיט הוצאות פאר דעי משפחות וואס האבן א געוויסע סכים אינקאם. איר קענט אפשר באקומען הילף בחינם אדער פאר סאך ווייניגער געלט. עס ווענט זיך אויף ווי גרויס אייער משפחה איז, אין ווי פיל געלט איר מאכט. איר קענט באקומען הילף, אפילו אויב איר האט אינשורנס. עסקען זיין, אז די הילף וואס איז דא צי באקומען, גייט נישט צאלן אלא שפיטאל הוצאות. צי זען אויב איר קענט באקומען דעי הילף, דארפט איר אויספילן דעי אפלקציה אין אריין געבן אלא פאפירן וואס ווייזן אז איר דארפט די הילף. אויב איר דארפט הילף מיטן אויספילן די אפלקציה אדער אויב איר האט שעלות, ביטע ריפט אינץ ביי 845-786-4786.

ווען איר האט געענדיגט די אפלקציה אין האט צאמגענימען אלא פאפירן, ברענג עס אריין אדער שיק עס צי:

Helen Hayes Hospital
Patient Financial Services Department
51-55 Route 9W
West Haverstraw, NY 10993

מען דארף אריין געבן די אפליקציה נישט מער ווי 120 טעג פין די לעצטע מאל מען האט באקומען טריטמענט ביי העלען העיס שפיטאל. ווען אינץ האבן באקומען אייער אפליקציה, גייט מען נאך קוקען אלא פרטים. אויב אינץ דארפן נאך פאפירן, וועלן אינץ אייך ריפן. איר דארפט ענדיגן די אפלקציה אין 30 טעג. נאךדי אפלקציה איז געענדיגט, וועט איר באקומען אן ענטפער פון העלען העיס שפיטאל אין א בריוו, אין 30 טעג. אויב איר זענט נישט מסכם, קענט איר מאכן אן אפיאל מיט פאפירן וואס ערקלערט פארוואס איר זאלט יא באקומען די הילף. פאר נאך פרטים קענט איר גיין צי די העלען העיס שפיטאל וועבסייט אדער ביי אונז ריפן עס איז דא הילף פאר אייך דורך די גאנצע צייט איר ארבעט אויף די אפלקציה.

איר דארפט אריין געבן די פאלענדיגע זאכן אז אייער אפליקציה זאל ווערן אנגענעמען:

הויזגעזינד זאץ (איינ פאר א יעדע מענטש אין די משפחה)

- בירט סעטיפיקעט/תעודת לידה
- דרייווערס לייסענס/ גרין קארד/פאספארט/ וויזע
- שושיל סעקוריטי (אויב איר האט)

אדרעס (מען דארף נאר איינס)

- ליעס פון אייער רענטעל אפארטמענט
- רענט ריסיטס פון לעצטענטס (2) אדער
- יעצטיגע בריוו פון בעל הבית
- אדער מעיל מיט אייער אדרעס

אינקאם וועריפיקעשין

- די לעצטע פעדעראלע שטייער רעטורנס
- פעי סטאבס פון די לעצטע 12 וואכן
- א בריוו פון ווי איר באקומט אייער פרנסה. עס קען זיין פון דא
- < שושיל סיקוריטי
- < אנעמפלאימענט

< דיסעביליטי

< פענשין

< טשיילד סופורט

< אפרובול/דינייעל פון מעדיקעיד

< קאָפּיע פון כוידעשלעך רעכענונגען און אָדער פינאַנציעל התחייבותן

< אויב האט איר אסעטס (געלט אָדער אַסעץ וואָס קענען זיין קאָנווערטעד אין געלט אָן שטראָף)

< אויב איר מאכט נישט קיין געלט יעצט דארפן מיר א בריוו ווי אזוי איר האט געלטיצי לעבן יעצט. אויב איינער געבט אייך געלט אדער א הויז בחינם, דארפן אינא א בריוו פון זיי

ביטע ענדיגט די גאנצע אפליקציע מיט אלא פאפירן אזוי ווי עס שטייט אויבן. אויב איר האט שאלות ביטע ריף אינא אן. ווען איר האט אריין געגעבן די אפליקציע, דארפט איר זיך נישט וויסענדיג מאכן פון די בילס, ביז אינא האבן געמאכט אן החלטה אויף אייער אפליקציע.

אויב איר זענט נישט מסכם, קענט איר מאכן אן אפיאל מיט פאפירן וואס ערקלערט פארוואס איר זאלט יא באקומען די הילף ביטע שרייבט צי:

Attention: Patient Financial Services Department

Helen Hayes Hospital

51-55 Route 9W

West Haverstraw, NY 10993

אדער קענט איר ריפן די DOH - 402-6993 (518) / 1-800-804-5447.

יישר כח,

העלען העיס שפיטאל

Patient Financial Services Department

HELEN HAYES HOSPITAL

Helen Hayes Hospital, Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

תואצוה לאטיפש ןלאצאב ןטימ ףליה איצקלפא

נאמען: _____
תאריך פון סערוויס: _____
אקואנט נומבר: _____
כאלאנס היינט: _____

געראנטאר (מענטש וואס איז אחריות אויף די ביל)

געראנטאר נאמען: _____
געראנטאר אדרעס: _____
טלפון נומבר היים _____ סעל: _____
עבודה/ פאך: _____
עמפלויערס נאמען: _____
עמפלויערס אדרעס: _____
עמפלויערס טלפון: _____
נאך ארבעט אינפירמציא: _____

אויב איר האָט קיין ווייטער באַשעפטיקונג אינפֿאַרמאַציע, ביטע צוטשעפּען צו אַפּלאַקיישאַן אויף אַ באַזונדער פּאַפּיר.

ווי סאך מענטשן וואוינין אין אייער הויז

וואס איז די מענטש צי אייך

געבורטסטאג

נאמען

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

פרנסה

געראנטארס יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

געראנטארס ווייב אדער מאן יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

אנדערע פרנסה

אנעמפלויענט יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

ווארקערס קאמפענסעשען יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

סושיל סעקוריטי יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

דיסעביליטי יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

אלימאני יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

טשיילד סופארט יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

אנדערע יעדע וואך: \$ _____ יארליך: \$ _____

ביטע איינשליסן אלע שטיצן דאקיומענטן און חתמענען און אָנגעבן טשאַריטי קער / פינאַנסיאַל הילף דעקלאַראַציע אויף דער נעקסטע בלאַט.

HELEN HAYES HOSPITAL

Helen Hayes Hospital, Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

תואצוה לאטיפש ןלאצאב ןטימ ףליה - עיצאראלקעד

איך (פאציאנט/גארענטאר) _____, זאג אז די אינפירמציא איז דעי אפליקציא איז אמת און גערעכט. אויב עס איז דא אינפירמציא אויף דעי אפליקציא וואס איז נישט אמת, פארשטיי איך אז די שפיטאל וועט דארפן נאכקען אלעס נאכאמאל.

איך גיי אפלייען צי אלע הילף וואס איז אוועיליביל צי אפשר קענען העלפן צאלן פאר מיין שפיטאל בילס (מעדיקעיד, מעדיקער, טשיילד העלט פלוס, פאמילי העלט פלוס וכו).

איך פארשטיי אז די אפליקציא איז גיט פאר איין יאר
פון _____ ביז _____
אבער אויב אנפירמציא טוישט זיך דורכאויס יענע צייט, וועל איך עס ריפארטן צי די פינאנשעל סערוויס דעפארטמענט.

איך געב רשות פאר דעי שפיטאל צי געבן מיין אינפירמציא צי סיי וועלכע ארגאניזאציא וואס איז אחריות צי זען אויב איך בין פאסיג פאר דעי פראגראם.

חתימה פאציאנט/געראנטאר _____ חתימה _____