



GRACIE SQUARE HOSPITAL
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Ονοματεπώνυμο ασθενούς _____ Ημερομηνία γέννησης _____
Επώνυμο Όνομα Αρχικό μεσαίου ονόματος

Διεύθυνση _____
Οδός και αριθμός, Διαμέρισμα # Πόλη Πολιτεία Τ.Κ.

Τηλεφωνικός αριθμός (____) _____ Επάγγελμα _____ Εργοδότης _____

Διεύθυνση εργοδότη _____ Τηλ. αριθμός εργοδότη _____

Εισόδημα - Καταγράψτε το συνολικό εισόδημα που προκύπτει από εσάς, τον/την σύζυγό σας και όλα τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού από:

Τύπος εισοδήματος	Συνολικό τους τελευταίους 3 μήνες	Συνολικό τους τελευταίους 12 μήνες
Αποδοχές		
Εισόδημα από αυτοαπασχόληση		
Δημόσια ενίσχυση		
Κοινωνική ασφάλιση		
Επίδομα ανεργίας/Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα		
Διατροφή		
Διατροφή παιδιών		
Συντάξεις		
Εισόδημα από μερίσματα		
Συνολικό εισόδημα		

Το νοσοκομείο σας καλεί να υποβάλετε έγγραφα τεκμηρίωσης του εισοδήματος που δηλώσατε παραπάνω. Παράδειγμα ενός εγγράφου τεκμηρίωσης μπορεί να αποτελεί η βεβαίωση μισθοδοσίας, μια επιστολή από τον εργοδότη, εάν υπάρχει, το έντυπο 1040, κ.λπ.

Μέγεθος οικογένειας - Μέλη οικογένειας στο νοικοκυριό σας:

Ονοματεπώνυμο	Ηλικία	Σχέση

Σημείωση: Επισυνάψτε πρόσθετο φύλλο σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερο χώρο.

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ.

ΑΦΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΚΑΙ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ, ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΓΝΟΗΣΕΤΕ ΤΥΧΟΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥΣ ΕΩΣ ΟΤΟΥ ΛΗΦΘΕΙ ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ, ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ.

ΔΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΑΙΤΟΥΜΑΙ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΤΟΥ GRACIE SQUARE HOSPITAL ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΜΟΥ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ. ΚΑΤΑΝΟΩ ΟΤΙ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΟΥ ΥΠΟΚΕΙΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΗΣ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΚΑΤΑΝΟΩ ΕΠΙΣΗΣ ΟΤΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟΔΕΙΧΘΟΥΝ ΑΝΑΛΗΘΕΙΣ, ΑΥΤΟ ΘΑ ΕΧΕΙ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΝ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΧΡΕΩΣΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΕΙΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ. ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ, ΕΞ ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ. ΕΠΙΠΛΕΟΝ, ΔΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΑΡΕΧΩ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΣΤΟ GRACIE SQUARE HOSPITAL ΝΑ ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΕΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ.

Ημερομηνία _____ Υπογραφή αιτούντος _____ Αριθμός λογαριασμού _____

Διεύθυνση αποστολής συμπληρωμένης αίτησης:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: George Plunkett
Ή αποστολή μέσω ΦΑΞ στον αριθμό: (516) 801-8504