



0332E

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

1. Συμπληρώστε **όλα** τα πεδία του συνημμένου εντύπου αίτησης. Εάν οποιοδήποτε πεδίο δεν ισχύει για την περίπτωσή σας, πληκτρολογήστε Δ/Ι στον διαθέσιμο χώρο.
2. Επισυνάψτε μια επιπλέον σελίδα εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο για να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση.
3. Θα πρέπει να προσκομίσετε αποδεικτικά έγγραφα εισοδήματος κατά την υποβολή της παρούσας αίτησης. Τα ακόλουθα έγγραφα γίνονται αποδεκτά ως αποδεικτικά στοιχεία εισοδήματος:

**Εάν υποβάλατε αίτηση επιστροφής ομοσπονδιακού φόρου εισοδήματος, θα πρέπει να υποβάλετε ένα αντίγραφο:**

- a. Της αίτησης επιστροφής ομοσπονδιακού φόρου εισοδήματος (Έντυπο 1040) από το πιο πρόσφατο έτος. Θα πρέπει να συμπεριλάβετε όλα τα έντυπα και τα συνημμένα όπως υποβλήθηκαν στη φορολογική υπηρεσία.

**Εάν δεν υποβάλατε αίτηση επιστροφής ομοσπονδιακού φόρου εισοδήματος, θα πρέπει να υποβάλετε τα εξής:**

- a. Τα δύο (2) πιο πρόσφατα στελέχη μισθοδοσίας και
- b. Μια επιστολή που περιγράφει τους λόγους για τους οποίους δεν υποβάλατε αίτηση επιστροφής ομοσπονδιακού φόρου εισοδήματος.

**Εάν δεν έχετε εισόδημα ή αποδεικτικά έγγραφα εισοδήματος, υποβάλετε μια επιστολή που περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο συντηρείτε τον εαυτό σας/την οικογένειά σας.**

4. Δεν είναι δυνατή η επεξεργασία της αίτησής σας για οικονομική ενίσχυση μέχρι να υποβληθούν όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες.
5. Είναι σημαντικό να συμπληρώσετε και να υποβάλετε την αίτηση οικονομικής ενίσχυσης μαζί με όλα τα απαιτούμενα συνημμένα έγγραφα εντός **δεκατεσσάρων (14) ημερών**.
6. Η αίτηση οικονομικής ενίσχυσης θα πρέπει να φέρει υπογραφή και ημερομηνία. Εάν υποβάλλουν πληροφορίες ο ασθενής/το υπεύθυνο μέρος και ο/η σύζυγος, η αίτηση θα πρέπει να υπογραφεί και από τους δύο.
7. Εάν έχετε ερωτήσεις, καλέστε το γραφείο Patient Business Office στον αριθμό (909) 651-4177, μεταξύ 9:00 π.μ. και 5:00 μ.μ. από Δευτέρα έως Πέμπτη και μεταξύ 9:00 και 2:00 μ.μ. την Παρασκευή (εκτός Σαββατοκύριακου και αργιών). Τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες και μετά τις ώρες λειτουργίας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με οποιονδήποτε εκπρόσωπο καταχώρησης για βοήθεια.
8. Στείλτε τη συμπληρωμένη αίτηση οικονομικής ενίσχυσης και όλα τα απαιτούμενα έγγραφα στη διεύθυνση:

Loma Linda University Behavioral Medicine Center  
Patient Business Office  
P.O. Box 700  
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Σελίδα 1 από 3

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

19-0332E (2-15)

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Ο σκοπός του παρόντος εντύπου είναι να προσδιοριστεί η επιλεξιμότητα του ασθενούς/υπεύθυνου μέρους για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με την πολιτική Παροχής Φιλανθρωπικής Περίθαλψης/Φιλανθρωπικής Περίθαλψης με Έκπτωση του Loma Linda University Behavioral Medicine Center.

**ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΜΕΡΟΥΣ**

(Εγγυητής) \_\_\_\_\_

**ΟΝΟΜΑ**

**ΣΥΖΥΓΟΥ** \_\_\_\_\_

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**

Οικία: \_\_\_\_\_

Εργασία: \_\_\_\_\_

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Ασθενούς/Υπευθύνου μέρους \_\_\_\_\_

Συζύγου \_\_\_\_\_

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Λίστα όλων των εξαρτώμενων μελών που έχετε υπό την προστασία σας)**

Όνομα	Ηλικία	Σχέση

### ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Ασθενούς/Υπευθύνου μέρους

Εργοδότης

Ασθενούς/Υπευθύνου μέρους \_\_\_\_\_

Θέση \_\_\_\_\_

Εργοδότης \_\_\_\_\_

Άτομο επικοινωνίας \_\_\_\_\_

Στοιχεία επικοινωνίας εργοδότη \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο \_\_\_\_\_

Εργοδότης συζύγου

Θέση συζύγου \_\_\_\_\_

Εργοδότης \_\_\_\_\_

Άτομο επικοινωνίας \_\_\_\_\_

Στοιχεία επικοινωνίας εργοδότη \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο \_\_\_\_\_



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Σελίδα 2 από 3

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

## ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Ασθενούς/Εγγυητή	Συζύγου
1. Ακαθάριστος μισθός και αποδοχές/έτος (προ κρατήσεων)	\$	\$
2. Ακαθάριστα εισοδήματα από αυτοαπασχόληση/έτος	\$	\$
3. Άλλα εισοδήματα:		
a. Τόκοι και μερίσματα	\$	\$
b. Ενοικιάσεις ακινήτων και μισθώσεις	\$	\$
c. Κοινωνική ασφάλεια	\$	\$
d. Διατροφή	\$	\$
e. Στήριξη παιδιών	\$	\$
f. Ανεργία/Αναπηρία	\$	\$
g. Κρατικές ενισχύσεις	\$	\$
h. Όλες οι άλλες πηγές (επισυνάψτε λίστα)	\$	\$
Συνολικό εισόδημα (προσθέστε τις γραμμές 1 - 3h παραπάνω)	\$	\$

## ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Εισαγάγετε πληροφορίες σχετικά με τυχόν έκτακτες δαπάνες όπως ιατρικά έξοδα, πτώχευση, δικαστικές αποφάσεις ή πληρωμές διακανονισμών (επισυνάψτε λίστα όπως απαιτείται).

Περιγραφή	Ποσό

Υπογράφοντας παρακάτω, δηλώνω/-ουμε ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται είναι αληθείς και σωστές σύμφωνα με όσα γνωρίζω/-ουμε. Εξουσιοδοτώ/-ούμε το LLUBMC να επαληθεύσει τις πληροφορίες που παρατίθενται στην παρούσα αίτηση. Παρέχω/-ουμε ρητά την άδεια επικοινωνίας με τον εργοδότη μου/μας.

Υπογραφή Ασθενούς/Υπευθύνου μέρους

Σχέση με τον ασθενή

Ημερομηνία

Υπογραφή συζύγου

Ημερομηνία



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Σελίδα 3 από 3

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

19-0332E (2-15)