

**SISTEM SANTE BON SECOURS CHARITY
APLIKASYON POU SWEN CHARITE/KAT SWEN AVÈK ÈD FINANSYE**

**PATI A: ENFÒMASYON SOU SWEN CHARITE/
APLIKASYON POU ÈD FINANSYE SÈLMAN**

Non: _____

Adrès: _____

Dat ou Fèt: _____ Telefòn: _____

Kantite Moun ki nan Fanmi an/Kantite ki nan Kay la: _____. Idantifye chak moun ki lakay ou:

Non:	Laj	Relasyon

Travay Chak Moun ki Rete Lakay Ou Fè:

Non Moun k ap Travay la	Patwon	Salè anvan Dediksyon
		\$ pa semèn pa mwa
		\$ pa semèn pa mwa
		\$ pa semèn pa mwa
		\$ pa semèn pa mwa

Revni Moun nan Kay la (Tache Prèv Revni):

	Revni Pasyan an	Revni Madanm/Mari oswa Lòt Revni
Salè pa èdtan, salè, poubwa nan travay		
Peman sekirite sosyal		
Konpansasyon Chomaj		
Andikap		
Konpansasyon Travayè		
Pansyon Alimantè/sipò timoun		
Dividann/enterè/lokasyon		
Tout lòt revni		
TOTAL		

Asirans:

#ID Blue Cross _____ Gwoup _____ Moun ki sou Kontra a _____

Medicare _____ Sifiks _____

Lòt Asirans Non _____ Nimewo Kontra _____ Moun ki sou Kontra _____

Dediktib Asirans: /Ko-Peman \$ _____

PATI B: POU MOUN KI APLIKE POU MEDICAID SÈLMAN

Byen Pèsonèl

Lajan Kach nan Men/Lajan sou Kont Labank/Kont Epay \$ _____ Bank _____
Chèk/bon/Sekirite (Valè Kach) \$ _____
Rezidans prensipal (Valè Kach) \$ _____
Lòt Byen Imobilye (Valè Kach) \$ _____

* * * * *

Mwen mande isit la pou Bon Secours Charity Health System fè yon detèminasyon alekri sou kalifikasyon pou mwen jwenn swen charite/èd finansye. Mwen rekonèt, si yo detèmine enfòmasyon mwen bay yo se manti, detèminasyon sa a ka lakòz yo bay aplikasyon mwen an refi epi mwen ka responsab frè sèvis yo ban mwen yo. Mwen konfime ke enfòmasyon ki anwo yo se verite, epi li konplè, ak kòrèk dapre tout sa mwen konnen.

Siyen: _____ Dat la: _____

Bon Secours Health System gen dwa pou verifye enfòmasyon ou bay nan aplikasyon sa a. N ap fè efò pou verifye revni pèsonèl, oswa mank enfòmasyon nan yon manyè pou konsève konfidansyalite lan pi gwo limit li, epi sa p ap nan okenn fason kreye okenn rapò k ap soti nan nenpòt ajans kredi biwo ki kapab gen konsekans negatif sou moun ki aplike a.

Si ou te resevwa yon bòdwo oswa kèk bòdwo ki soti nan Lopital la, tcheke isit la: _____

Lè ou soumèt yon aplikasyon ki ranpli ak dokiman ki gen prèv bay Lopital ki nan adrès ki anba la, ou pa bezwen okipe okenn bòdwo jouk lè Lopital la pran yon desizyon alekri sou aplikasyon ou.

Si ou gen nenpòt kesyon oswa si ou bezwen èd pou ranpli aplikasyon sa a, tanpri rele Biwo Swen Charite/Èd Finansye Lopital la nan nimewo (866) 534-6702. oswa ale nan Depatman Admisyon/Enskripsyon nan youn nan lopital ki vini annapre yo:

- Bon Secours Community Hospital, **160 East Main St., Port Jervis, NY 12771**
- Good Samaritan Hospital, **255 Lafayette Ave. (Route 59) Suffern, NY 10901**
- St. Anthony Community Hospital, **15 Maple Avenue, Warwick, NY 10990**

TANPRI RANPLI FOM SA A EPI RETOUNEN LI NAN:

Bon Secours Charity Health System
Charity Care/Financial Assistance Office
400 Rella Blvd. Suite 308
Montebello, NY 10901
Sant Sèvis Kliyantèl la se: (844) 419-2701

*****PA EKRI ANYEN ANBA LIY SA A*****

Approved _____ Amount \$ _____ Date _____

Eligible Period _____ to _____

Applicant's Share \$ _____ Approved By _____

Denied _____ Date _____

Reason _____

Denied by _____