



"MAXIMIZING THE QUALITY OF LIFE OF AREA RESIDENTS"

L'Application d'Evaluation de ménage

Cher Candidat :

Vous pourriez être autorisé à obtenir l'aide financière d'ISHC, Inc. en faisant une demande de nos Frais de Glissement Escaladent. L'Echelle Mobile couvrira seulement des services rendus à la Clinique. Nous serions heureux de vous aider avec le procédé d'application si nécessaire. S'il vous plaît téléphonez pur etabler un rendez-vous.

S'il vous plaît remplir l'application attachée et le retourne complet à la reception de la Clinique. C'est important d'énumérer tous les membres de ménage Vobre familie afin d' assurer que Vous etes qualifier pour le rabais.

Apporter avec vous une prevue de revenue:

Attribuer la letter
Endiguer la déclaration avec le revenu de dépôt direct
Profiter le contrôle
Le muntant
La declaration de imfrut
La déclaration de gains d'employeur
Preure des salaire
Déclaration de revenues

S'il vous plaît amener avec vous votre Preuve d' edendite:

Le rapport de la banque
Accord de loue/location
La lettre d'approbation de Medicaid
La cafie de salaire
facture d'utilité – electricity – taxes

Cette application est séparée de l'assistance financière offerte à (UCVH) et l'Alliance de Hitchcock de Dartmouth (DHMC).

Si vous êtes un habitant de new Hampshire avec l'assurance, vous pouvez qualifier pour la Santé de new Hampshire Réseau D'accès (NHHAN). S'il vous plaît demander au personnel de bureau de la recefilon pour vous fournir avec l'application de NHHAN. Si vous êtes dans le besoin d'aide financière pour les services à UCVH ou de DHMC s'il vous Ginny Bellacqua de Steak haché de contact d'UCVH à 603-388-4234.

Si vous avez n'importe quelles questions en ce qui concerne l'ISHC, Inc. L'Echelle mobile, s'il vous plaît ne pas hésiter pour nous contacter.

Contacter:

Mary Beth DeGray
Revenue Cycle Manager
603-388-2423

OR

Brenda Puglisi
Outreach Coordinator
603-388-2414

141 CORLISS LANE
COLEBROOK NH 03576
TELEPHONE: (603) 237-8336 FACSIMILE: (603) 237-4467
WWW.INDIANSTREAM.ORG

L'Information Patiente fondamentale

Le Nombre de sécurité sociale du malade : _____

Le nom de Malade _____
Premièrement Milieu Durer

Faire naître la Date _____ Sexe **F** **M**

Adresse _____

Ville _____ Etat _____ Fermeture éclair _____

A la maison Téléphoner () _____ Travailler le Téléphone () _____

Malade Relation à Assuré ?

Soi Enfant Epoux Gardien Autre _____

S'il vous plaît présenter votre carte d'assurance à la réceptionniste de bureau de devant en retournant cette forme

Le Parti/Garant Information/Responsable facturant pour la Rencontre

Le nom d'Assuré _____
Premièrement Milieu Durer

Adresse _____

Ville _____ Etat _____ Fermeture éclair _____

Faire naître la Date _____ Le Nombre de sécurité sociale du garant : _____

Sexe **F** **M**

A la maison Téléphoner () _____ Travailler le Téléphone () _____

Employeur du garant _____

La Couverture d'assurance - Primaire

Le nom d'Assurance _____

Nombre de politique _____ Date d'entrée en vigueur : (le cas échéant) _____

Grouper le Nom _____

Médecin de Soins primaires _____

Le nom d'Assuré _____

_____ Premièrement Milieu Durer

Faire naître la Date _____ Prendre la retraite la Date (le cas échéant) _____

Sexe **F** **M** Téléphone () _____

Le nom d'Employeur d'Insured _____

L'adresse de Porte-Assurance _____

(Si l'Adresse différente que Patiente) _____

Ville _____ Etat _____ Fermeture éclair _____

La Couverture d'assurance - Secondaire

Le nom d'Assurance _____

Nombre de politique _____ Date d'entrée en vigueur : _____

Grouper le Nom _____ Date d'expiration : _____

Médecin de Soins primaires _____

Le nom d'Assuré _____

Premièrement _____ Milieu _____ Durer _____

Faire naître la Date _____ Prendre la retraite la Date (le cas échéant) _____

Sexe **F** **M** Téléphone () _____

Le nom d'Employeur d'Insured _____

L'adresse de Porte-Assurance _____

(Si l'Adresse différente que Patiente) _____

Ville _____ Etat _____ Fermeture éclair _____

L'Information Patiente supplémentaire

Statut marital Seul Epousé Divorcé Séparé

Le Statut d'Emploi du malade A temps plein A temps partiel Aucun

Le Statut d'Emploi de l'époux A temps plein A temps partiel Aucun

Le Statut d'étudiant (le cas échéant) A temps plein A temps partiel Aucun

Avez-vous amené avec vous aujourd'hui la forme écrite de référence de votre Médecin qui se réfère ? OUI NON

Médecin de référence _____

L'Information de Contact d'urgence - le Contact Primaire

Nom _____

A la maison Téléphoner () _____ Travailler le Téléphone () _____

Adresse _____

Ville _____ Etat _____ Fermeture éclair _____

Notes/Special Directions _____

L'Accord financier de Responsabilité

Je/nous autorisons par la présente ISHC pour fournir toute information en ce qui concerne mon histoire médicale, mon diagnostic et mon traitement de me ou mon enfant (le cas échéant) à une assurance La compagnie en ce qui concerne mes réclamations pour les avantages. Si cependant, l'assureur dit ne rencontre pas ce devoir dans l'ensemble ou partiellement, ou si je suis non-assuré, JE/NOUS consentons à être responsables Pour les frais et le coût a impliqué dans le traitement du ci-dessus a nommé le malade. Je/nous autorisons le paiement d'avantages médicaux à ISHC et comprenons plus que cela doit mon Le compte a être référé à un avocat pour la collection que je suis responsable de tous frais et des coûts a contracté là dedans.

Date _____ Signature de malade ou Gardien _____

Evaluation de ménage

La tête de Ménage _____ Encourager l'Enfant

Le nom de Malade

Premièrement _____ Milieu _____ Durer _____

Faire naître la Date

SSN _____

Adresse

Ville

Etat _____

Fermeture éclair _____

Comté

La preuve de Revenu _____

Revenu

La preuve de Droit de séjour _____

Fréquence

Quotidiennement

Par semaine

Le bi - par semaine

Mensuellement

Deux fois Mensuellement

Annuellement

Le nombre d'Enfants Adoptifs _____

Le nombre d'Enfants pas encore Nés _____

Membres de ménage

Le Membre de ménage 1

Nom

Premièrement _____ Milieu _____ Durer _____

Faire naître la Date

SSN _____ La preuve de Revenu _____

Revenu

Fréquence _____

Revenu annuel

Encourager l'Enfant ? _____ Compte de travail _____

Le Membre de ménage 2

Nom

Premièrement _____ Milieu _____ Durer _____

Faire naître la Date

SSN _____ La preuve de Revenu _____

Revenu

Fréquence _____

Revenu annuel

Encourager l'Enfant ? _____ Compte de travail _____

Le Membre de ménage 3

Nom

Premièrement _____ Milieu _____ Durer _____

Faire naître la Date

SSN _____ La preuve de Revenu _____

Revenu

Fréquence _____

Revenu annuel

Encourager l'Enfant ? _____ Compte de travail _____

Le Membre de ménage 4

Nom

Premièrement _____ Milieu _____ Durer _____

Faire naître la Date

SSN _____ La preuve de Revenu _____

Revenu

Fréquence _____

Revenu annuel

Encourager l'Enfant ? _____ Compte de travail _____

Les Membres de ménage Ont Continué**Le Membre de ménage 5**

Nom	_____	_____	_____
	Premièrement	Milieu	Durer
Faire naître la Date	_____	SSN _____	La preuve de Revenu _____
Revenu	_____	Fréquence _____	
Revenu annuel	_____	Encourager l'Enfant ? _____	Compte de travail _____

Le Membre de ménage 6

Nom	_____	_____	_____
	Premièrement	Milieu	Durer
Faire naître la Date	_____	SSN _____	La preuve de Revenu _____
Revenu	_____	Fréquence _____	
Revenu annuel	_____	Encourager l'Enfant ? _____	Compte de travail _____

Le Membre de ménage 7

Nom	_____	_____	_____
	Premièrement	Milieu	Durer
Faire naître la Date	_____	SSN _____	La preuve de Revenu _____
Revenu	_____	Fréquence _____	
Revenu annuel	_____	Encourager l'Enfant ? _____	Compte de travail _____

Le Membre de ménage 8

Nom	_____	_____	_____
	Premièrement	Milieu	Durer
Faire naître la Date	_____	SSN _____	La preuve de Revenu _____
Revenu	_____	Fréquence _____	
Revenu annuel	_____	Encourager l'Enfant ? _____	Compte de travail _____

Le Membre de ménage 9

Nom	_____	_____	_____
	Premièrement	Milieu	Durer
Faire naître la Date	_____	SSN _____	La preuve de Revenu _____
Revenu	_____	Fréquence _____	
Revenu annuel	_____	Encourager l'Enfant ? _____	Compte de travail _____

Le Membre de ménage 10

Nom	_____	_____	_____
	Premièrement	Milieu	Durer
Faire naître la Date	_____	SSN _____	La preuve de Revenu _____
Revenu	_____	Fréquence _____	
Revenu annuel	_____	Encourager l'Enfant ? _____	Compte de travail _____