

**BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM**  
**אפליקאציע פאר טשאריטי קעיר\פינאנציעלע הילף קעיר קארטל**  
**(APPLICATION FOR CHARITY CARE/FINANCIAL ASSISTANCE CARE CARD)**

**טייל A: אינפארמאציע פאר טשאריטי קעיר**  
**(PART A: INFORMATION FOR CHARITY CARE)**

נאמען: \_\_\_\_\_  
 אדרעס: \_\_\_\_\_  
 געבורטס דאטום: \_\_\_\_\_ טעלאפאן: \_\_\_\_\_

משפחה מאס / צאל מענטשן אין הויזגעזונד: \_\_\_\_\_ . רעכענט אויס יעדער מיטגליד פון אייער הויז:

נאמען:	עלטער	פארבינדונג

באשעפטיגונג פון יעדער מיטגליד פון אייער הויז:

נאמען פון אן איינגעשטעלטע פערזאן	ארבעטסגעבער	באצאלט גראסס (פאר שטייער)
		\$ וועכנטליך מאנאטליך
		\$ וועכנטליך מאנאטליך
		\$ וועכנטליך מאנאטליך
		\$ וועכנטליך מאנאטליך

הויזגעזינד הכנסה טוט ביילייגן באווייז פון הכנסה:

פאציענט הכנסה	מאן\ווייב אָדער אנדערע הכנסה	
		וועידזשעס, סעלערי, טיפס פון ארבעטספלאץ
		סאשעל סעקיווריטי צאלונג
		ארבעטלאָזיקייט פאָרגיטיקונג
		דיסעביליטי
		ארבעטער פאָרגיטיקונג
		אלימענטן / קינד שטיצן
		דיווידענדס / פראָצענטן / רענטאַלס
		אנדערע הכנסה
		סך הכל

פאָרזיכערונג:

בלו קראס איי.די. # \_\_\_\_\_ גרופע \_\_\_\_\_ פאליסי האלטער \_\_\_\_\_

מעדיקער # \_\_\_\_\_ סופיקס \_\_\_\_\_

אנדערע אינשורענס: נאמען \_\_\_\_\_ פאליסי נומער \_\_\_\_\_ פאליסי האלטער \_\_\_\_\_

פאָרזיכערונג דעזוקטיבלע / קאָ-פּיַס \$ \_\_\_\_\_

חלק ב: בלויו פאר מעדיקעיד אפליקאנטן

פערזענליכע פארמעגנס

געלטער אויף די האנט / געלטער אין באַנק / סעווינגס קאנטע (ס) \$ \_\_\_\_\_ באַנק \_\_\_\_\_  
טשעקס / באַנדס / סעקורטיעס (געלט ווערט) \$ \_\_\_\_\_  
ערשטיק ווינאַרט (געלט ווערט) \$ \_\_\_\_\_  
אנדערע גרונטייגנס (געלט ווערט) \$ \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

דערמיט בעט איך אַז באַן סעקאָורס טשאַריטי העלטה סיסטעם (Bon Secours Charity Health System) זאל מאַכן אַ שריפטליכע באשטימונג פון מיין באַרעכטיגונג פֿאַר טשאַריטי קעיר/ פינאַנציעלע הילף. איך פֿאַרשטיי אַז, טאמער די אינפֿאַרמאַציע וואָס איך פֿאַרלייג איז באשלאסן צו זיין פֿאַלש, פון דעם באשטימונג קען ארויסקומען אן אפזאגן פון מיין אפליקאציע און אַז איך קען זיין שולדיג פֿאַר טשאַרדזשעז (געבראכט) פֿאַר די צוגעשטעלטע סערוויסעס. איך באַווייז אַז די אויבן-געשטאלט אינפֿאַרמאַציע איז אמת, גאַנץ, און ריכטיק צו דער בעסטער פון מיין וויסן.

אונטערגעשריבן: \_\_\_\_\_ דאַטום: \_\_\_\_\_

באַן סעקאָורס צדקה העלטע סיסטעם (Bon Secours Charity Health System) רעזערווירט די רעכט צו באַקראַעפטיקן די אינפֿאַרמאַציע געמאלדן אין די אפליקאציע. אונטערנעמונגען צו באַקראַעפטיקן דער פערזענלעכע הכנסה, אַדער מאַנגל דערפון, וועט זיין אויסגעפירט אין אַזאַ אופן ווי צו טיינען די מאַקסימאַל קאַנפידענטיאַליטי און וועט אין קיין וועג אורזאכן קיין ראפארט פון קיין קרעדיט ביראָ אַגענטור וואס וואלט געקענט קען נעגאטיוו-פראַלן דעם אפליקאַנט.

אויב איר האָט באַקומען אַ חשבון אַדער חשבונות פון דער שפּיטאַל, צייכענט דאָ: \_\_\_\_\_

אַיינמאַל איר האָט אַיינגעגעבן אַן אויסגעפילטע אפליקאציע מיט די צוגעלייגטע דאָקומענטאציע צו דער שפּיטאַל אויף דער אַדרעס אונטן, איר מעג איגנארן אלע חשבונות ביז דער שפּיטאַל האט אויפגעפירט אַ געשריבענער באַשלוס אויף אייער אפליקאציע.

אויב איר האָט קיין פראגעס אַדער דאַרפֿן הילף צו פֿאַרענדיקן דעם אפלאַקיישאַן, ביטע רופן די הילף פון די האַספּיטאַל טשאַריטי קעיר / פינאַנסיאַלע הילף אין (866) 534-6702 אַדער גיי צו די אַדמיטינג / רעגיסטראַציע דעפֿאַרטמענט אין איינער פון די האַספּיטאַלס אונטער:

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

ביטע פילן און צוריקקער צו:

Bon Secours Charity Health System  
Charity Care/Financial Assistance Office  
400 Rella Blvd. Suite 308  
Montebello, NY 10901  
טשאַריטי קעיר/פינאַנציעלע געהילף: באַצל פֿריי (866) 534-6702  
קונה סערוויס צענטער: (844) 419-2701

\*\*\*\*\*שרייבט נישט אונטער די ליניע\*\*\*\*\*

Approved \_\_\_\_\_ Amount \$ \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Eligible Period \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Applicant's Share \$ \_\_\_\_\_ Approved By \_\_\_\_\_

Denied \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_\_

Denied by \_\_\_\_\_