

فرم درخواست مراقبت خیریه/کمک مالی - محرمانه لطفاً تمام اطلاعات را به طور کامل پر کنید.
اگر این موضوع صدق نمی کند، بنویسید «NA» در صورت نیاز، صفحات اضافی را ضمیمه کنید.

اطلاعات غربالگری
آیا به مترجم نیاز دارید؟ ☐ بله ☐ ندارد؛ بله، زبان ترجیحی را فهرست کنید:
آیا بیمار برای Medicaid درخواست داده است؟ ☐ بله ☐ نه.
آیا بیمار خدمات عمومی دولتی مانند TANF، غذای پایه یا WIC را دریافت می کند؟ ☐ بله ☐ نه
آیا بیمار در حال حاضر بی خانمان است؟ ☐ بله ☐ نه
آیا نیاز به مراقبت پزشکی بیمار، به تصادف رانندگی یا آسیب کاری مربوط می شود؟ ☐ بله ☐ نه
لطفاً توجه داشته باشید
- ما نمی توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط دریافت کمک مالی خواهید بود، حتی اگر درخواست دهید. - پس از ارسال درخواست شما، ممکن است ما تمام اطلاعات را بررسی کنیم و ممکن است اطلاعات ناقص را درخواست کنیم. - این درخواست برای تعیین صلاحیت هر دو نوع مراقبت خیریه (مراقبت رایگان) و مراقبت تخفیف دار استفاده می شود. اگر فقط برای مراقبت تخفیفی درخواست دهید، ممکن است کمک مالی کمتری نسبت به آنچه تحت مراقبت خیریه ارائه می شود دریافت کنید.

اطلاعات بیمار و متقاضی		
نام بیمار	نام میانی بیمار	نام خانوادگی بیمار
☐ مرد ☐ زن ☐ سایر (در صورت امکان مشخص کنید) _____	تاریخ تولد	☐ مجرد ☐ متأهل ☐ طلاق گرفته ☐ جدانشده قانونی ☐ بیوه ☐ بیومررد
تأسیسات:	تاریخ خدمت	شماره برخورد
فرد مسئول پرداخت قبوض	رابطه با بیمار	تاریخ تولد
آدرس پستی	شماره(های) تماس اصلی _____ _____ ایمیل آدرس: _____	
شهر	ایالت	کد پستی
وضعیت اشتغال فرد مسئول پرداخت دور صورت حساب ☐ شاغل (تاریخ استخدام: _____) ☐ بیکار (مدت زمان بیکاری: _____) ☐ خوداشتغالی ☐ دانشجو ☐ معلول ☐ بازنشسته ☐ موارد دیگر (اگر دیگران لطفاً توضیح دهید): _____		

اطلاعات خانوادگی

اعضای خانواده خانواده، از جمله خودتان، را فهرست کنید.

بر ایپیماران **Hawaii و California**: خانواده به این صورت تعریف می‌شود: (i) برای افراد 18 ساله و بالاتر، همسر، شریک زندگی، فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، یا در هر سنی در صورت معلولیت، چه در خانه زندگی کنند یا نکنند؛ و (ii) برای افراد زیر 18 سال یا برای فرزند تحت تکفل 18 تا 20 ساله، والد، بستگان مراقبت‌کننده، و سایر فرزندان زیر 21 سال، یا در هر سنی در صورت معلولیت، متعلق به والد یا خویشاوند مراقبت‌کننده.

برای بیمار **Oregon**: معنای خانوار:

یک فرد تنها؛ یا (B) همسران، شریکان زندگی، یا یک والد و فرزند زیر 18 سال که با هم زندگی می‌کنند و سایر افرادی که یک فرد تنها، همسر، شریک زندگی یا والد از نظر مالی مسئول آن‌ها می‌باشد.

اندازه خانوار/خانواده _____

نام	تاریخ تولد:	رابطه با بیمار	اگر 18 سال یا بیشتر سن داشته باشید: نام کارفرما (ها) یا منبع درآمد	اگر 18 سال یا بیشتر سن داشته باشید: کل درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):	ارائه درخواست برای کمک مالی؟
					بله/ نه
					بله/ نه
					بله/ نه

در صورت نیاز، صفحه اضافی را ضمیمه کنید.

درآمد تمام اعضای رگسال خانواده باید افشا شود. منابع درآمد شامل، نمونه های دور:

- دستمزد - بیکاری - خوداشتغالی - جبران خسارت کارگران - ناتوانی - SSI
- حمایت مالی فرزند/همسر - برنامه های کارآموزی (دانشجویان) - بازنشستگی - توزیع حساب های بازنشستگی
- سایر (لطفا توضیح دهید)

اطلاعات درآمد

به یاد داشته باشید: باید مدرک درآمد را همراه با درخواست خود بگنجانید.

شما باید اطلاعاتی درباره درآمد خانواده‌تان ارائه دهید. برای تعیین کمک مالی، تأیید درآمد لازم است.

تمام اعضای خانواده با سن 18 سال یا بیشتر، باید درآمد خود را اعلام کنند. اگر نمی‌توانید مدارک ارائه دهید، می‌توانید یک بیانیه کتبی امضا شده که درآمد خود را شرح می‌دهد ارائه دهید.

برای اهداف تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی کمک ها و مدارک درآمد محدود به موارد زیر خواهد بود:

- فیش‌های حقوقی اخیر مربوط به بازه 6 ماه قبل یا بعد از اولین صورتحساب بیمار (یا در حالت پیش از ارائه خدمات، زمانی که درخواست ارسال می‌شود).
- نسخه‌ای از اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (فرم 1040) برای بیمار و همسر یا شریک زندگی از سالی که بیمار برای اولین بار صورتحساب دریافت کرده یا 12 ماه قبل از تاریخ اولین صورتحساب توسط بیمار

در صورت تمایل می‌توانید سایر مدارک درآمد را ارائه دهید، اما سلامت آدونتیست نیازی به اثبات درآمد اضافی ندارد. برای مثال، اگر هیچ مدرکی از درآمد ندارید یا هیچ درآمدی ندارید، می‌توانید صفحه ای اضافی با توضیح ضمیمه کنید.

مسئولیت اشخاص ثالث

آیا شخص ثالث مسئول خدمات شما است؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ مثبت است، لطفاً آن شخص ثالث را شناسایی کنید: _____

اطلاعات هزینه (اختیاری)

ما از این اطلاعات برای به دست آوردن تصویر کامل تری از وضعیت مالی شما استفاده می کنیم.

هزینه های ماهانه خانوار:

اجاره/وام مسکن

حق بیمه ها

سایر بدهی ها/هزینه ها

\$

هزینه های پزشکی

\$

\$

خدمات عمومی

\$

\$

(نقشه کودک، وام ها، داروها و موارد دیگر)

اطلاعات اضافی (اختیاری)

اگر اطلاعات دیگری درباره وضعیت مالی فعلی خود، مانند مشکلات مالی، هزینه های پزشکی بیش از حد، درآمد فصلی یا موقت، یا زیان شخصی، دارید که مایل هستید ما از آن آگاه شویم، لطفاً یک صفحه اضافی را ضمیمه کنید.

توافق نامه بیمار

می دانم که Adventist Health ممکن است اطلاعات را با بررسی اطلاعات اعتباری و دریافت اطلاعات از منابع دیگر تأیید کند تا در تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی یا برنامه های پرداخت کمک کند.

من تأیید می کنم که اطلاعات فوق تا جایی که می دانم درست و درست است. می دانم اگر اطلاعات مالی که ارائه می دهم نادرست تشخیص داده شود، نتیجه ممکن است رد کمک مالی باشد و ممکن است مسئول و انتظار داشته باشم بابت خدمات ارائه شده هزینه پرداخت کنم.

امضای فرد درخواست

تاریخ

چگونه ارسال کنیم

برای پرسش ها، لطفاً با شماره (888) 233-7868 تماس بگیرید.

فرم بازگشت تکمیل شده را از طریق ایمیل به آدرس زیر ارسال کنید:

فرم بازگشت کامل شده را از طریق پست به آدرس زیر ارسال کنید:

CFAC@coniferhealth.com

یا

Adventist Health
Attn: CFAC
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849