

فرم اطلاعات مالی / درخواست کمک مالی

برای دریافت کمک جهت پر کردن این فرم یا چنانچه سؤالی دارید، لطفاً با شماره 281-243-1073 تماس بگیرید

نام بیمار:	شماره تلفن:
آدرس خیابان بیمار:	شهر، ایالت، کد پستی:
شماره حساب(ها):	تاریخ(های) خدمات:

دستورالعمل‌ها:

باید به تمام سؤالات پاسخ داده شود. اگر سؤالی مرتبط نیست در سطر مربوطه عبارت N/A را بنویسید.

یک کپی از یک مدرک هویتی عکسدار (نظیر گواهی‌نامه رانندگی دولتی یا پاسپورت عکسدار و غیره) را ضمیمه کنید*

یک کپی از جدیدترین اظهارنامه مالیاتی خود را ضمیمه کنید یا

یک کپی از مدارک درآمد زیر را پیوست نمایید:

* اگر کارت شناسایی عکسدار موجود نباشد، می‌توان از سایر اسناد نشان‌دهنده هویت استفاده نمود. برای دریافت کمک با شماره تلفن بالا تماس بگیرید.

چک تأمین اجتماعی یا (سوشیال سکوریتی) یا نامه اعطاء

آخرین 2 فیش حقوقی

نامه‌ای از کارفرما که نشان‌دهنده نام کارمند، شغل، دستمزد ساعتی و تعداد ساعات کار باشد

برگه تأییدیه مزایای بیکاری

***** این درخواست بدون ارائه مستندات تأییدکننده، درخواست تکمیل شده محسوب نمی‌شود. *****

وضعیت:	ساکن دائمی تگزاس <input type="checkbox"/>	مقیم قانونی <input type="checkbox"/>	ویزای مهاجرتی <input type="checkbox"/>	ویزای غیرمهاجرتی <input type="checkbox"/>
وضعیت تأهل (یک مورد را علامت بزنید):	متاهل <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	طلاق گرفته <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
	بیوه <input type="checkbox"/>			

کودکان زیر 18 سال و سایر افراد وابسته در خانوار (در صورت نیاز در صفحه بعدی ادامه دهید)

نسبت افراد وابسته (یک مورد را علامت بزنید)					تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی
فائق نسبت	بزرگسال/سالمند	سرپرست	فرزندخوانده	کودک		

خلاصه اشتغال

بیمار	همسر
کارفرما	کارفرما
شغل	شغل
وضعیت اشتغال (یک مورد را علامت بزنید): تمام وقت <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> ناتوانی در بازگشت به کار <input type="checkbox"/> ناتوانی در بازگشت به کار <input type="checkbox"/>	وضعیت اشتغال (یک مورد را علامت بزنید): تمام وقت <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> ناتوانی در بازگشت به کار <input type="checkbox"/> ناتوانی در بازگشت به کار <input type="checkbox"/>

درآمد خانوار در ماه		هزینه‌های خانوار در ماه	
بیمار	\$ / ماه	مسکن:	مالک/وام
همسر	\$ / ماه	پرداخت مسکن	\$ / ماه
نفقه	\$ / ماه	خدمات شهری (برق، آب)	\$ / ماه
بیمه بیکاری	\$ / ماه	خودروی شماره 1	\$ / ماه
حمایت از کودک	\$ / ماه	خودروی شماره 2	\$ / ماه
مزایای بازماندگان	\$ / ماه	بنزین	\$ / ماه
غرامت کارگران	\$ / ماه	بیمه	\$ / ماه
صندوق سرمایه‌گذاری	\$ / ماه	تلویزیون/ تلویزیون کابلی/ تلفن	\$ / ماه
سایر	\$ / ماه	غذا	\$ / ماه
کل درآمد	\$ / ماه	کل هزینه‌ها	\$ / ماه

(برای FAA قابل اعمال نیست)

حساب‌های بانکی/دارایی‌های دیگر (باید به هر 3 سؤال پاسخ دهید):

حساب جاری؟ (دور یک مورد دایره بکشید)	بله	خیر	مانده فعلی	\$
حساب پس‌انداز؟ (دور یک مورد دایره بکشید)	بله	خیر	مانده فعلی	\$
املاک دیگر؟ (دور یک مورد دایره بکشید)	بله	خیر	ارزش فعلی	\$

اگر بله، لطفاً توضیح دهید:

نام بیمار:

* من با در نظر گرفتن مجازات شهادت دروغ گواهی می‌دهم پاسخی که داده‌ام، تا آنجا که مطلع هستم درست و صحیح است.
* اطلاعاتی که ارائه داده‌ام، درآمد و هزینه‌های خانوار را نشان می‌دهد.

* ممکن است این اطلاعات و همچنین گزارش اعتباری و سایر اطلاعات در دسترس عموم توسط Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony برای ایجاد یک طرح پرداخت و/یا برای رسیدگی به درخواست کمک مالی و/یا تعیین واجد شرایط بودن برای برنامه‌ها، پوشش‌ها یا کمک‌های مختلف استفاده شود.
* من به Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony اجازه می‌دهم برای بررسی اظهارات من اطلاعاتی را از هر منبع کسب کند.

* در صورتی که اطلاعات ارائه شده برای تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی ناقص یا ناکافی باشد یا در صورتی که شرایط واجد شرایط بودن را برآورده نکنید، نامه‌ای کتبی از Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony دریافت خواهید کرد. اگر مشخص شود صلاحیت دریافت کمک مالی را دارید، به‌طور مکتوب به شما اطلاع داده می‌شود.

* بیمارانی که برای کمک مالی درخواست می‌دهند ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی از برنامه‌های محلی، ایالتی یا فدرال باشند. از این بیماران انتظار می‌رود قبل از تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی به چنین برنامه‌هایی درخواست بدهند.
* Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony برای ارائه درخواست به چنین برنامه‌هایی به این افراد کمک خواهد کرد. عدم ارائه درخواست برای چنین برنامه‌هایی ممکن است بر بررسی درخواست کمک مالی بیمار تأثیر نامطلوبی بگذارد.

* من به این واقعیت اذعان می‌کنم که برای تمام پوشش‌های بیمه ممکن، از جمله Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance و سایر پوشش‌های محلی، ایالتی یا فدرال درخواست داده‌ام.

* آگاه هستم که اگر واجد شرایط کمک مالی نباشم، شخصاً مسئول هزینه‌های مراقبت خواهم بود.

امضای بیمار/ضامن:

تاریخ

پس از تکمیل این درخواست، آن را به همراه تمام مدارک مؤید به آدرس زیر پست کنید:

Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479, USA
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

طرف دیگر را ببینید

MEMORIAL
HERMANN

طرف دیگر را ببینید