



## فرم درخواست کمک مالی

تاریخ درخواست:		تاریخ خدمات:	
نام بیمار:		شماره حساب:	
آدرس خیابان:		شماره تلفن:	
شهر، ایالت، کد پستی:		تاریخ تولد بیمار:	

در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد پرکردن این فرم، لطفاً با شماره 714-229-5789 تماس بگیرید.

- 1) آیا بیمار در زمان ارائه خدمات، ساکن California بود؟  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_
- 2) آیا بیمار در زمان ارائه خدمات، بیمه درمانی داشت؟  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_
- 3) آیا بیمار در زمان ارائه خدمات، دریافت کننده فعال Medicaid بود؟  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_

\*\* اگر به سؤالات 2 یا 3 پاسخ بله دادید، لطفاً یک کپی از کارت بیمه یا کارت Medicaid خود را به این درخواست ضمیمه کنید.

### درآمد:

- درآمد تمام اعضای بزرگسال خانواده باید افشا شود. درآمد شامل دستمزد ناخالص (قبل از کسر مالیات)، درآمد اجاره، حقوق بیکاری، مزایای تأمین اجتماعی، کمک عمومی، سود سهام و غیره است.
- "خانواده" به شرح زیر تعریف می‌شود: (i) برای افراد 18 سال و بالاتر، خانواده یعنی همسر، شریک زندگی و فرزندان وابسته زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند یا خیر؛ و (ii) برای افراد زیر 18 سال، خانواده یعنی پدر و مادر، مراقبان، بستگان و سایر فرزندان زیر 21 سال پدر و مادر یا بستگان مراقبت کننده. اگر بیمار فرد زیر سن قانونی است، تعریف "خانواده" عبارت است از والدین طبیعی یا فرزندخوانده بیمار و سایر فرزندان والدین (اعم از طبیعی یا فرزندخوانده) که در خانه بیمار زندگی می‌کنند.

نام عضو خانواده	سن	تاریخ تولد	نسبت با پدر/مادر	منبع درآمد یا نام کارفرما	درآمد مربوط به 3 ماه قبل از تاریخ خدمات	درآمد مربوط به 12 ماه قبل از تاریخ خدمات
			خود			

- مدرک درآمد باید در زمان ارائه درخواست ارائه شود (به عنوان مثال، فیش حقوق سه ماه، آخرین اظهارنامه مالیاتی (فرم IRS به شماره 1040) و غیره).
- اگر درآمد 0 دلار را گزارش کرده‌اید، لطفاً یک بیانیه کتبی ارائه کنید مبنی بر اینکه چگونه خودتان (و یا بیمار) زندگی خود را گذران می‌کنید از جمله اینکه چه کسی غذا، سرپناه، حمل و نقل و غیره را فراهم می‌کند و چه مدت است که درآمدی نداشته‌اید.



# La Palma Intercommunity Hospital

دارایی‌ها:		هزینه‌های ماهیانه:	
این اطلاعات ممکن است در صورتی مورد استفاده قرار گیرد که درآمد شما بیش از 200% دستورالعمل‌های سطح فقر فدرال باشد برای تعیین اینکه مشخص گردد آیا واجد شرایط مراقبت مشمول تخفیف هستید یا خیر.			
\$ _____	حساب جاری	\$ _____	اجاره/وام مسکن ماهیانه
\$ _____	حساب پس‌انداز	\$ _____	خدمات عمومی
\$ _____	مالکیت کسب و کار	\$ _____	پرداخت خودرو
\$ _____	سهام و اوراق قرضه	\$ _____	هزینه‌های پزشکی
\$ _____	املاک و مستغلات (به استثنای مسکن املی)	\$ _____	حق بیمه (عمر، مسکن، خودرو، پزشکی)
		\$ _____	لباس، مواد غذایی، کالاهای خانگی
		\$ _____	سایر بدهی‌ها/هزینه‌ها (به عنوان مثال، حمایت از کودک، وام، غیره)

من با امضای خود در زیر گواهی می‌کنم همه چیزهایی که در این درخواست اعلام کرده‌ام صحیح است و می‌تواند مورد حسابرسی قرار گیرد. آگاه هستم اگر مشخص شود اطلاعاتی که ارائه می‌دهم نادرست است، ممکن است کمک مالی ارائه نگردد و ممکن است خودم مسئول پرداخت هزینه‌های خدمات ارائه شده باشم.

تاریخ

امضای متقاضی

La Palma Intercommunity Hospital  
قابل توجه: خدمات مالی بیمار  
7901 Walker Street  
La Palma, CA 90623

لطفاً درخواست تکمیل شده را به نشانی زیر برگردانید:

بازنگری اکتبر 2018