

درخواست کمک مالی

تاریخ خدمات: _____

نمبر حساب: _____

نام مریض یا درخواست کننده: _____

آدرس: _____

شهر: _____

ایالت: _____

کود پستی: _____

تلفون: _____

حالت مدنی: _____

SSN: _____

قسمت زیر باید برای در نظر گرفتن کمک مالی تکمیل شود. لطفاً توجه داشته باشید که مریضان بدون بیمه باید قبل از دریافت کمک، با فروشنده واجد شرایط بودن برای بیمه ما، همکاری کنند.

(لیست همسر و اطفال مربوطه خورد تر از 18 ساله که در خانوار زندگی می کنند و تاریخ تولد آنها)

| نام: | قربانیت با مریض | تاریخ تولد | مجموع عایدات ناخالص در مدت 3 ماه قبل از تاریخ خدمات | مجموع عایدات ناخالص در مدت 12 ماه قبل از تاریخ خدمات | نام استخدام کننده منبع عایداتی (اگر محصل هستید اعلام کنید) |
|------|-----------------|------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | خود | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

1. اگر مجموع عایدات خود را صفر اعلام کرده اید، شما از چه طریقی حمایت دریافت می کنید؟ _____

2. در آخرین ملاقات در کدام ایالت سکونت داشتید؟ _____

3. آیا برای MEDICAID یا برای هر نوع کمک دیگر کاونتی، درخواستی داده اید؟ نخی بله (تاریخ/ایالت _____)

4. آیا در تاریخ دریافت خدمات بیمه صحی داشتید؟ نخی بله (کاپی کارت مربوطه را همراه این درخواست ارائه کنید)

5. آیا تاریخ دریافت خدمات مربوط به یک حادثه واسطه نقلیه بود؟ نخی بله (نام بیمه/نمبر ادعا نامه _____)

6. آیا کدامیک از اشخاص خانواده شما حساب جاری یا پس انداز دارند؟ نخی بله (مقدار _____)

7. آیا کدامیک از اشخاص در خانه شما کدام دارایی دیگری دارد؟ نخی بله (نوع/مقدار _____)

8. آیا شما مالک خانه خود هستید یا آن را کرایه کرده اید؟ مالک کرایه سایر (_____)

برای دارایی های ذکر شده در فوق باید موارد زیر را برای هر عضو خانوار ارائه کنید:

(لطفاً موارد دریافت شده را علامت بزنید)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> کار شخصی = فورمه های تکمیل شده مالیاتی شامل جدول C | <input type="checkbox"/> اشتغال = عایدات 3 یا 12 ماه |
| <input type="checkbox"/> حمایت از طفل = اسناد حکم محکمه | <input type="checkbox"/> بیگاری = نامه امتیاز |
| <input type="checkbox"/> سایر= مدرک هر نوع عایدات دیگر مثل سود سهام، ربح، عایدات از کرایه | <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی = نامه امتیاز |
| <input type="checkbox"/> حساب جاری/ پس انداز = صورتحساب (استتمنت) 30 روز اخیر برای هر حساب | <input type="checkbox"/> معاش تقاعدی یا از معلولیت= نامه امتیاز |

تصدیق: اینجانب با امضای این اسناد، تأیید می کنم که جواب های ذکر شده در این درخواستی صحیح هستند. چنانچه بررسی بعدی درخواست کمک مالی شخص، نشان بدهد که معلوماً تی که توسط این شخص ارائه شده، غلط یا متقلبانه بوده است، ممکن است تصمیم ارائه کمک مالی لغو شود و برای جانب مسئول صورتحساب صادر شود. اینجانب درک میکنم که معلوماً تی را که ارائه می دهم توسط ارائه دهنده خدمات شفاخانه ای من به روش هایی بشمول استفاده از سازمان های راپور دهی کربدیت، مورد بررسی قرار گرفته و همچنین در صورت ضرورت توسط سایر سازمان های فدرال و یا ایالتی بررسی می شود.

امضای مریض: _____ تاریخ: _____

امضای درخواست کننده یا نماینده: _____

قربانیت: _____

تاریخ: _____

(اگر خود مریض نیست)

درخواست تکمیل شده و مستندات را به این آدرس پست کنید:

کمک مالی P.O. Box 631360 Bon Secours Mercy Health, Cincinnati, OH 45263-1360

Cincinnati, OH 45263-1360