

## درخواست کمک مالی

تاریخ خدمات: _____	
شماره حساب: _____	
CSN: _____	
بیمارستان: _____	

نام بیمار یا متقاضی: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

تلفن: \_\_\_\_\_ وضعیت تأهل: \_\_\_\_\_

**بخش زیر باید برای در نظر گرفتن کمک مالی تکمیل شود. لطفاً توجه داشته باشید که بیماران فاقد بیمه باید قبل از دریافت کمک با فروشنده واجد شرایط بودن برای بیمه ما همکاری کنند. تصمیمات تا 90 روز پس از دریافت درخواست تکمیل شده و همکاری با فروشنده ما اتخاذ می‌شود.**

نام	نسبت با بیمار	سن	کل درآمد ناخالص طی 3 ماه قبل از تاریخ خدمات	کل درآمد ناخالص طی 12 ماه قبل از تاریخ خدمات	منبع درآمد نام کارفرما (اگر دانشجو هستید اعلام کنید)
	خود				

1. اگر کل درآمد خود را صفر اعلام کرده‌اید، چگونه حمایت دریافت می‌کنید؟ \_\_\_\_\_
2. در آخرین ملاقات در کدام ایالت سکونت داشتید؟ \_\_\_\_\_
3. آیا برای MEDICAID یا کمک‌های نواحی دیگر درخواست داشته‌اید؟  خیر  بله (تاریخ/ایالت \_\_\_\_\_)
4. آیا در تاریخ خدمات، بیمه درمانی داشتید؟  خیر  بله (یک کپی از کارت را به همراه این درخواست ارائه کنید)
5. آیا تاریخ خدمات مربوط به تصادف اتومبیل بود؟  خیر  بله (نام بیمه/شماره ادعا \_\_\_\_\_)
6. آیا هیچ‌یک از افراد خانواده شما حساب جاری یا پس‌انداز دارند؟  خیر  بله (ارزش \_\_\_\_\_)
7. آیا هیچ‌یک از افراد خانواده شما دارایی‌های دیگری دارند؟  خیر  بله (نوع/ارزش) \_\_\_\_\_
8. آیا صاحب خانه هستید یا مستأجر؟  مالک  مستأجر  سایر (\_\_\_\_\_)

### برای دارایی‌های درج شده در بالا باید موارد زیر را برای هر عضو خانوار ارائه کنید:

- (لطفاً موارد دریافت شده را علامت بزنید)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> خوداشتغالی = فرم‌های تکمیل شده مالیاتی شامل جدول C              | <input type="checkbox"/> اشتغال = درآمد 3 یا 12 ماه            |
| <input type="checkbox"/> حمایت از کودک = اسناد حکم دادگاه                                | <input type="checkbox"/> بیکاری = نامه مزایا                   |
| <input type="checkbox"/> سایر = مدرک هرگونه درآمد دیگر مانند سود سهام، بهره، درآمد اجاره | <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی = نامه مزایا            |
| <input type="checkbox"/> حساب جاری/ پس‌انداز = صورت‌حساب 30 روز اخیر برای هر حساب        | <input type="checkbox"/> مستمری یا از کار افتادگی = نامه مزایا |

**گواهی:** من با امضای این اسناد، تأیید می‌کنم که پاسخ‌های مندرج در این درخواست صحیح هستند. چنانچه بررسی بعدی درخواست کمک مالی شخص نشان دهد که اطلاعاتی که توسط فرد ارائه شده نادرست یا متقلبانه بوده است، ممکن است تصمیم ارائه کمک مالی لغو شده و برای طرف مسئول صورت‌حساب صادر گردد. متوجه هستم اطلاعاتی که ارائه می‌دهم توسط ارائه‌دهنده خدمات بیمارستانی من به روش‌هایی از جمله استفاده از سازمان‌های گزارش اعتبار مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم توسط سایر سازمان‌های فدرال و/یا ایالتی نیز بازنگری می‌شود.

امضای بیمار: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای متقاضی یا نماینده: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

(اگر خود بیمار نیست)

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

P.O. Box 742431  
Atlanta GA 30374-2431