

دستورالعمل‌های فرم درخواست کمک مالی

این یک درخواست برای کمک مالی در مرکز درمانی بیمارستان Encino است.

ما دو نوع برنامه کمک مالی داریم - **مراقبت خیریه** و **برنامه پرداخت تخفیف‌دار**. ممکن است شما واجد شرایط دریافت مراقبت رایگان یا مراقبت مشمول تخفیف بر اساس اندازه و درآمد خود باشید. برای مشاهده سیاست کمک مالی ما، لطفاً به آدرس www.encinomed.org/help-paying-your-bill مراجعه کنید.

کمک مالی چه مواردی را پوشش می‌دهد؟ در صورتی که شما واجد شرایط برنامه دولتی و واجد الزامات معین درآمد پایین و متوسط نیستید، ممکن است واجد شرایط برنامه کمک مالی ما باشید. ما برای کمک به بیماران واجد شرایط برای پرداخت هزینه مراقبت سلامت بر اساس نیازهای مالی آنها کمک مالی ارائه می‌دهیم. این امر شامل مراقبت اورژانسی، اضطراری و ضروری از نظر پزشکی است. بیمارانی که واجد شرایط دریافت برخی یا تمام هزینه‌های مورد پوشش هستند فارغ از اینکه آیا مورد پوشش مراقبت سلامت هستند یا فاقد بیمه یا به حد کافی دارای تحت بیمه نیستند.

پزشکانی که در مرکز درمانی بیمارستان Encino فعال هستند مشمول این سیاست نیستند. در صورتی که شما نیاز به کمک در زمینه پرداخت صورت‌حساب پزشک دارید، باید با دفتر خصوصی پزشک تماس بگیرید و با کارکنان دفتر صحبت کنید.

در صورتی که سؤالی دارید و یا برای تکمیل این درخواست نیاز به کمک دارید: شما به هر دلیلی می‌توانید کمک دریافت نمایید مانند کمک در زمینه زبان، از طریق تماس با خدمات مالی بیمار در **818-501-0434**، دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 عصر شما همچنین می‌توانید از وبسایت فوق دیدن کنید.

به منظور رسیدگی به درخواست شما، باید:

- اطلاعاتی درباره خانواده خود به ما بدهید
- به ما اطلاعات و اسناد مربوطه را درباره درآمد ناخالص ماهانه (درآمد قبل از کسر مالیات‌ها و دیگر کسورات) را ارائه دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر بخش درآمد و اندازه خانوار در درخواست کمک مالی مشاهده کنید.
- انضمام اطلاعات/اسناد مضاعف در صورت نیاز
- امضا و تاریخ زدن فرم

درخواست تکمیل شده و اسناد پشتیبان را بپست کنید به:

Encino Hospital Medical Center, Attention: Patient Financial Services
16237 Ventura Boulevard, Encino, CA 91436

شما همچنین می‌توانید درخواست و اسناد پشتیبان خود را شخصاً به همین آدرس ارسال نمایید. ما درباره تعیین تکلیف نهایی صلاحیت و فرجام خواهی حقوق، در صورت نیاز، ظرف 30 روز از تاریخ دریافت درخواست کامل و اسناد پشتیبان به شما اطلاع خواهیم داد. در صورتی که درخواست شما ناقص باشد، یک نامه تقاضای ارائه اسناد مورد نیاز برای رسیدگی به درخواست شما دریافت خواهید نمود. از طریق ارائه درخواست کمک مالی، شما رضایت خود را به ما برای انجام استعلام‌های ضروری برای تعیین تعهدات و اطلاعات مالی می‌دهید.

ما قصد کمک داریم. لطفاً سریعاً درخواست خود را ارسال کنید.
ممکن است همچنان صورتحساب‌ها را دریافت کنید تا زمانی که ما
درخواست تکمیل شده و اسناد حمایتی شما را دریافت نماییم.


Encino Hospital Medical Center
فرم درخواست کمک مالی - محرمانه

لطفاً توجه داشته باشید که ما نمی‌توانیم ضمانت کنیم که شما واجد شرایط دریافت کمک مالی خواهید بود، حتی اگر درخواستی برای دریافت آن بدهید.

فرم تکمیل شده را از طریق پست به آدرس زیر بازگردانید:

Encino Hospital Medical Center, Attention: Patient Financial Services
16237 Ventura Boulevard, Encino, CA 91436

شما همچنین می‌توانید درخواست و اسناد پشتیبان خود را شخصاً به همین آدرس ارسال نمایید.

لطفاً تمام اطلاعات را به طور کامل وارد کنید. در صورت غیر مرتبط بودن، عبارت «NA» را وارد کنید. در صورت نیاز صفحات بیشتری ضمیمه نمایید.

تاریخ درخواست:	تاریخ خدمت:
بیمه تأمین اجتماعی #: (اختیاری)	£ من دارای بیمه تأمین اجتماعی نیستم #
نام بیمار:	تاریخ تولد بیمار:
شماره حساب:	تلفن #: £ تلفن خانه
آدرس خیابان، شهر، ایالت و کد پستی:	
آیا بیمار هم اکنون بدون مسکن است؟ بله £ خیر £	

لطفاً از طریق شماره تلفن 818-501-0434، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8 صبح تا ساعت 5 عصر زمینه هر سؤالی درباره تکمیل این فرم با خدمات مالی بیمار ما تماس بگیرید.

لطفاً نوع کمک مالی را که مایل به دریافت آن هستید در درخواست خود درج نمایید:

£ مراقبت خیریه

£ برنامه پرداخت تخفیف‌دار

لطفاً توجه داشته باشید:

- این بیمارستان فقط درخواست ارائه فیش حقوقی اخیر یا اظهارنامه‌های مالیاتی را به عنوان اسناد درآمدی دارد. این بیمارستان ممکن است دیگر انواع اسناد اثبات درآمد را قبول کند اما درخواست ارائه انواع دیگر از اسناد درآمد را نمی‌دهد.
- بیماران ممکن است کمک مالی کمتری نسبت آنچه ممکن است تحت برنامه مراقبت خیریه در دسترس باشد دریافت نمایند.

پرسشنامه:

- آیا بیمار در زمان دریافت خدمات ساکن کالیفرنیا است؟ بله £ خیر £
- آیا خدمات پزشکی مورد دریافت مربوط به تصادف یک وسیله نقلیه موتوری، صدمه طرف ثالث، یا بیمه‌ی بیماری و از کارافتادگی کارگران بوده است؟ در صورت پاسخ مثبت، تاریخ ایجاد صدمه چیست؟ بله £ خیر £
- آیا بیمار هیچ بیمه سلامت فعالی در زمان دریافت خدمات دارد؟ بله £ خیر £
- آیا بیمار یک دریافت کننده فعال خدمت Medi-Cal در زمان دریافت خدمت بوده است؟ در صورت پاسخ مثبت، لطفاً یک کپی از بیمه سلامت یا کارت Medi-Cal خود به این درخواست ضمیمه نمایید. بله £ خیر £

اندازه خانوار و درآمد خانواده:

- درآمد تمام اعضای بالغ خانواده باید افشا شود. درآمد شامل مبلغ ناخالص است (قبل از اعمال مالیات‌ها و دیگر کسورات). منبع درآمد برای مثال عبارت است از: دستمزدها، بیکاری، خوداشتغالی، بیمه‌ی بیماری و از کارافتادگی کارگران، مزایای تأمین اجتماعی، کمک دولتی، و درآمد حاصل از دارایی (برای مثال، سود سهام، درآمد اجاره، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک، IRAS و غیره).
- «خانواده» طبق تعریف عبارت است از: (1) برای افراد دارای 18 سال سن یا بزرگتر - همسر، پارتنر خانگی، و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند یا خیر؛ و (2) برای افراد زیر 18 سال، والد، بستگان مراقب، و دیگر فرزندان زیر 21 والد یا بستگان مراقب.

نام عضو خانواده	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	منبع درآمد یا نام کارفرما	درآمد برای 3 ماه از تاریخ درخواست	درآمد برای 12 ماه از تاریخ درخواست
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

- سند اثبات درآمد از تمام منابع باید به همراه این درخواست ارائه شود (برای مثال فیش حقوقی 3 ماهه اخیر، جدیدترین اظهارنامه مالیاتی (فرم 1040 IRS و غیره).
 - در صورت گزارش درآمد خود برابر با \$0، لطفاً یک بیانیه کتبی از نحوه امرار معاش خود (یا بیمار) ارائه دهید، از جمله اینکه چه کسی به شما غذا، سرپناه، خدمات حمل و نقل و غیره را ارائه می‌دهد و اینکه چه مدت زمانی است درآمدی نداشته‌اید.
- هزینه‌های فعلی (12 ماه اخیر از تاریخ درخواست)
ما از این اطلاعات برای به دست آوردن تصویری کامل از وضعیت مالی شما استفاده می‌کنیم.

هزینه‌های ماهیانه خانوار:

\$	هزینه‌های پزشکی** (بیمارستان، پزشک، درمان دندان، درمان بینایی، تجویزها و غیره)	\$	حق بیمه سلامت** (پزشکی، درمان دندان، درمان بینایی)
----	---	----	---

**لطفاً تمام رسیده‌ها/توضیحات مزایای مندرج در بخش فوق را چه پرداخت شده باشد یا نه، ارائه دهید.

اطلاعات بیشتر

لطفاً در صورتی که اطلاعات مربوط به وضعیت مالی فعلی شما وجود دارد که تمایل دارید ما از آن مطلع شویم از قبیل مشکل مالی، هزینه‌های پزشکی بیش از اندازه، یا درآمد فصلی یا موقت، یک صفحه بیشتر در این رابطه ضمیمه نمایید.

قرارداد بیمار

من متوجه هستم که مرکز درمانی بیمارستان Encino می‌تواند اطلاعات را از طریق بازبینی اطلاعات اعتباری و به دست آوردن اطلاعات از دیگر منابع برای کمک به تعیین صلاحیت کمک مالی یا طرح‌های پرداخت تأیید نماید.

من صحت اطلاعات فوق را بر حسب آگاهی‌ام تأیید می‌نمایم. من متوجه هستم که اگر مشخص شود که اطلاعات ارائه شده از سوی من اشتباه است، در این صورت امکان لغو کمک مالی وجود دارد، و نیز ممکن است که مسئول پرداخت هزینه‌های مورد ارائه باشم.

امضای متقاضی _____ تاریخ _____