

عنوان: خط مشی کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید	تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020
صفحه: 1 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

در نظر گرفته شده است که این خط مشی با خط مشی کمک های مالی مورد نیاز بخش درآمد داخلی 501 (r) مطابقت داشته باشد. این خط مشی چارچوبی را ایجاد می کند که به موجب آن، بخش مشارکت بهداشتی سنت دیوید (SDHP) بیمارانی را که ممکن است برای شرایط اضطراری و مراقبت های پزشکی ضروری به کمک مالی نیاز داشته باشند را شناسایی می کند.

به منظور اطمینان از این که تمام بیماران به طور کامل در مورد این خط مشی مطلع شده باشند، SDHP اقدامات زیر را انجام داده است:

- اطلاعات در مورد خط مشی کمک مالی، خلاصه ای از آن به زبان ساده، و فرم درخواست کمک مالی و دستورالعملهای تکمیل در وب سایت SDHP در دسترس است: <https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- در زمان ثبت نام، سندی را که تشریح کننده در دسترس بودن تخفیف برای بیماران بیمه نشده و همچنین سایر گزینه های تخفیف که ممکن است در دسترس باشد (پیوست 1) دریافت می کنند.
- فرم درخواست کمک مالی در مرکز و توسط پست موجود است.
- تابلوهایی که به طور مشخصی در خصوص مأموریت و دستورالعمل های خیریه اطلاعات می دهند در تمام مراحل پذیرش موجود هستند.
- یک سند، تحت عنوان «راهنمای صورتحساب بیمارستان شما» به بیماران ارائه می شود. این سند فرایند صدور صورت حساب را توضیح داده و همچنین اطلاعاتی در رابطه با خط مشی کمک مالی ارائه می دهد.
- خلاصه ای از این خط مشی به سازمان های غیر انتفاعی محلی در نزدیکی بیمارستان های SDHP ارائه می شود.

نظام دریافت خدمات مراقبتی از خیریه

درخواست. به منظور واجد شرایط بودن برای دریافت مراقبت خیریه، SDHP نیاز به تکمیل برنامه کمک مالی SDHP دارد (پیوست 2). SDHP ممکن است از اعتبار سنجی الکترونیکی یک طرف سوم استفاده کند (به عنوان مثال روش ارزیابی اعتبار یا credit) برای ارائه کمک مالی به بیمارانی که مشمول الزامات تکمیل درخواست کمک مالی نمی شوند.

درخواست کمک مالی، خط مشی کمک مالی و خلاصه ای از خط مشی کمک های مالی به زبان ساده در صورت درخواست کتبی در آدرس زیر قرار دارد (لطفاً زبان انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، چینی ساده شده، کره ای یا عربی را مشخص کنید). اگر به کمک نیاز دارید، می توانید با خدمات حساب بیمار به آدرس زیر یا با شماره تلفن ذکر شده در زیر تماس بگیرید:

خدمات حساب بیمار
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

عنوان: خط مشی کمک مالی

<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید	تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020
صفحه: 2 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

866-396-1025	بیمارستان جورج تاون
866-291-3547	بیمارستان قلب آستین
866-391-2015	مرکز پزشکی آستین شمالی
866-391-2017	مرکز پزشکی روند راک
866-391-2018	مرکز پزشکی آستین جنوبی
866-391-2021	مرکز پزشکی سنت دیوید
855-890-3304	بیمارستان جراحی سنت دیوید

این درخواست اجازه می دهد تا جمع آوری اطلاعات مطابق با قانون ایالتی و شرایط درآمد و اسناد لازم مندرج در زیر ارائه شود. در صورت مراجعه های مکرر به بیمارستان، SDHP سعی خواهد کرد تا با بیمار یا طرف مسئول، فرم درخواست و اطلاعات درآمد برای هر گونه مراجعه بعدی را دوباره تایید کند؛ با این حال، پس از گذشت دوازده ماه، یک درخواست جدید و اسناد حمایتی جدید باید اخذ شود.

شمارش اعضای خانواده نزدیک بیمار ان درخواست کننده کمک مالی باید تعداد اعضای خانواده در خانه خود را تایید کنند.

بزرگسالان. در محاسبه تعداد اعضای خانواده در خانوار بیمار بزرگسال شامل بیمار، همسر بیمار و هر فرد وابسته به او می شود.

افراد زیر سن قانونی. در محاسبه تعداد اعضای خانواده بیمار زیر سن قانونی، شامل بیمار، مادر بیمار، وابستگان مادر بیمار، پدر بیمار و وابستگان پدر بیمار است.

محاسبه درآمد. بیمار ان باید درآمد سالانه خانوار خود را تامین کنند.

بزرگسالان. برای بزرگسالان، اصطلاح "درآمد سالانه" برای مقاصد طبقه بندی افراد نیازمند کمک مالی یا ناتوانی در پرداخت هزینه های پزشکی مطابق با این خط مشی، مجموع کل درآمد سالیانه ناخالص بیمار و همسر بیمار است.

افراد زیر سن قانونی. اگر بیمار زیر سن قانونی باشد، عبارت «درآمد سالانه» به معنای مجموع درآمد ناخالص سالیانه بیمار، مادر بیمار و پدر بیمار می باشد.

تایید درآمد. بیمار یا شخص مسئول باید درآمد گزارش شده درمورد درخواست کمک مالی را مطابق با شرایط اسناد مندرج زیر ارائه دهد.

مدارک لازم. درآمد گزارش شده در درخواست کمک مالی ممکن است از طریق هر یک از مکانیزم های زیر تایید شود:

شاخص های درآمد. با ارائه اسناد مالی شخص ثالث، که ممکن است شامل، اما نه محدود به، IRS فرم W-2، اعلامیه دستمزد و مالیات؛ پرداخت چک؛ بازپرداخت مالیات فردی؛ تایید تلفنی توسط کارفرما؛ صورتحساب بانک؛ وجوه پرداختی تامین اجتماعی، اعلامیه های پرداخت بیمه بیکاری، نامه های تعیین هزینه بیکاری، یا

عنوان: خط مشی کمک مالی	
تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020	<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید
صفحه: 3 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

<p>اعتبارسنجی الکترونیکی از یک طرف سوم باشد (به عنوان مثال روش ارزیابی اعتبار یا credit). علاوه بر این، شرکت، آمارهای اقتصادی کد پستی که بیمار در آن ساکن است را در نظر می‌گیرد.</p> <p>مشارکت در یک برنامه عام المنفعه. با ارائه اسناد مشارکت فعلی در یک برنامه عام المنفعه مانند Medicaid؛ برنامه فقر سلامت شهری؛ AFDC؛ کوپن غذا؛ WIC؛ کودکان سالم تگزاس؛ برنامه بیمه بهداشتی کودکان؛ یا سایر برنامه‌های مشابه مربوطه. اثبات مشارکت در هر کدام از برنامه‌های فوق با درخواست کمک مالی تکمیل شده مورد نیاز است.</p> <p><u>فرآیند تایید.</u> در تعیین درآمد کل بیمار، SDHP ممکن است سایر دارایی‌های مالی و بدهی بیمار و همچنین درآمد خانواده بیمار و توانایی خانواده بیمار را در نظر بگیرد. اگر تشخیص داده شود که بیمار توانایی پرداخت باقیمانده صورتحساب را دارد، چنین تشخیصی مانع ارزیابی مجدد توانایی بیمار برای پرداخت با ارائه اسناد اضافی نمی‌شود.</p> <p><u>طبقه بندی در انتظار تایید درآمد.</u> SDHP ممکن است درخواست کمک مالی را در هر زمان قبل، در طی یا بعد از تاریخ خدمات، در نظر بگیرد. در طول فرآیند تایید، در حالی که SDHP اطلاعاتی را برای تعیین درآمد بیمار جمع‌آوری می‌کند، بیمار می‌تواند به عنوان یک بیمار با پرداخت آزاد (فاقد بیمه درمانی) مطابق با سیاست‌های SDHP رفتار کند.</p> <p><u>اطلاعات متناقض یا ناقص.</u> اگر اطلاعات ارائه شده توسط بیمار در طول فرآیند درخواست، متناقض یا ناقص باشد، این خط مشی به هیچ وجه توانایی SDHP را برای انجام تحقیقات اضافی در مورد توانایی بیمار برای پرداخت را، محدود نمی‌کند. به عنوان مثال، SDHP ممکن است بررسی کند که چرا با وجود درآمد بالای بیمار، مقداری کم و یا هیچ دارایی گزارش نشده است.</p> <p><u>اطلاعات ساختگی.</u> جعل اطلاعات ممکن است منجر به رد درخواست کمک مالی شود. اگر بعد از تایید کمک مالی به بیمار، SDHP در مدارک درخواست کمک مالی اطلاعات نادرست پیدا کند، وضعیت مراقبت‌های خیریه ممکن است لغو شده و کمک‌های مالی ممکن است حذف شود.</p> <p><u>طبقه بندی به عنوان ناتوان مالی.</u> ناتوانی مالی به معنای یک فرد بیمه نشده و یا شخصی با پوشش بیمه ناکافی بوده که مراقبت رایگان دریافت می‌کند یا بابت گرفتن خدمات پرداخت شده بر اساس سیستم پذیرش خدمات خیریه، تخفیف دریافت می‌کند.</p> <p><u>طبقه بندی.</u> فقط بیمارانی می‌توانند در طبقه بندی ناتوانی مالی قرار بگیرند، که درآمد سالانه آنها کمتر یا مساوی 200% دستورالعمل‌های سالانه خط فقر ثبت شده فدرال توسط ایالات متحده باشد. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ("دستورالعمل‌های خط فقر فدرال"). به روزرسانی خط فقر فدرال را باید از روز اول ماه بعد از تاریخ انتشار آن اعمال کرد.</p> <p><u>طبقه بندی به عنوان ناتوان در پرداخت خدمات پزشکی.</u> ناتوان در پرداخت خدمات پزشکی به معنای بیماری است که صورتحساب پزشکی یا بیمارستان، پس از پرداخت توسط اشخاص ثالث، بیش از یک درصد مشخص درآمد سالانه شخص است و کسی که قادر به پرداخت صورتحساب باقی مانده نیست.</p> <p><u>ارزیابی اولیه.</u> برای طبقه بندی به عنوان یک بیمار ناتوان در پرداخت خدمات پزشکی، مبلغ پرداخت شده توسط بیمار پس از پرداخت توسط تمام اشخاص ثالث باید بیش از ده درصد (10%) درآمد سالانه بیمار بوده و بیمار نباید قادر باشد که باقیمانده صورتحساب را پرداخت کند. اگر بیمار این معیارهای ارزیابی اولیه را برآورده نکند، ممکن است از نقطه نظر پزشکی بی‌بضاعت طبقه بندی نشود.</p>	
---	--

عنوان: خط مشی کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید	تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020
صفحه: 4 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

بنیاد SDHP ممکن است بیماری را بپذیرد که با معیارهای اولیه ارزیابی ناتوانی در پرداخت خدمات پزشکی برآورده کرده و با معیارهای زیر مطابقت داشته باشد:

(i) **درآمد سالانه بین 200 تا 500 درصد از دستورالعملهای خط فقر فدرال**. درآمد بیمار باید بیش از 200٪ بوده، اما کمتر یا مساوی 500٪ دستورالعملهای خط فقر فدرال باشد. در این موارد، SDHP میزان کمک های مالی خیریه اعطا شده به این بیماران را براساس درآمد سالانه بیماران تعیین کرده که در مقایسه با دستورالعمل های سالانه خط فقر ثبت شده فدرال توسط ایالات متحده می باشد. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ("دستورالعملهای خط فقر فدرال"). محدوده تخفیف از 40-90٪ متفاوت خواهد بود. تخفیف بیمه نشده بر روی میزان باقیمانده حساب، پس از اعمال تخفیف خیریه، اعمال خواهد شد.

(ii) **ناتوانی در پرداخت پزشکی فاجعه بار**. بیماران با حساب های نامتعارف بزرگ ممکن است هنگامی واجد شرایط فاجعه بار ناتوانی در پرداخت پزشکی شوند که مبلغ باقی مانده حساب خود بیش از درصد مشخصی از درآمد آنها شود. در چنین مواردی، SDHP مبلغ کمک مالی را با محاسبه مبلغ لازم برای کاهش باقیمانده حساب به درصد معقولی از درآمد بیمار، که بین 10 تا 40 درصد است، تعیین می کند. لطفا قسمت "فرآیند تأیید" زیر را ببینید که در آن بیمار ممکن است اطلاعات بیشتری در مورد این محاسبه بدست آورد.

فرآیند تأیید SDHP با تمام بیمار های بیمه نشده جهت تعیین شرایط واجد شرایط بودن برای مدیکید یا کمک های خیریه کار می کند، همانطور که در "سند اطلاعات بیمار بدون بیمه" مطرح شده در پیوست 1 مشخص شده است. بیماران پس از بررسی و پردازش درخواست از طریق پست جهت واجد شرایط بودن برای کمک مالی مطلع می شوند. در بررسی یک درخواست برای تأیید، مدیریت خدمات مشترک (SSC) شرایط واجد صلاحیت بودن را، از جمله تعیین اینکه اقدامات منطقی برای تعیین واجد صلاحیت بودن انجام شده باشد، تعیین می کند. چنین مدیریتی همچنین می تواند در مورد اطلاعات موجود مانند دارایی ها و غیره تحقیق بیشتری انجام داده تا بتواند توانایی بیمار را برای پرداخت یا مطالبه بیشتر در مورد واجد شرایط بودن بیمار برای کمک های مالی دولتی یا سایر کمکها تعیین کند.

در صورتی که بیمار برای کمک های خیریه واجد شرایط نبوده یا بیمار مسئول پرداخت بخشی از صورتحساب بیمه نشده تخفیف خورده انهم پس از اعطای کمک خیریه باشد، تخفیف بیمه نشده یا سایر تخفیف های قابل اجرا بر روی حساب اعمال خواهد شد. مبلغ پرداخت شده به طور کلی بیشتر از مبلغ بیماران با بیمه نمی شود، که با استفاده از روش بازپرسی که در مقررات خدمات درآمد داخلی شرح داده شده، تعیین می شود. بیمار می تواند اطلاعاتی را در مورد این محاسبه به آدرس زیر درخواست کند:

خدمات حساب بیمار
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

صلب مسولیت

SDHP حق محدود کردن یا رد کمک های مالی را به صلاحدید خود محفوظ می داند.

خدمات پوشش داده نشده

عنوان: خط مشی کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید	تاریخ اجرا: 2013, 13 December تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020
صفحه: 5 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

همانطور که پیوست 3 و به طور کامل در اینجا به عنوان مرجع نشان می دهد لیست فهرست ارائه دهندگانی که ممکن است اورژانس و یا سایر خدمات پزشکی ضروری در بیمارستان های SDHP ارائه دهند می باشد. در پیوست 3 مشخص می شود که چه ارائه دهندگانی شامل و چه ارائه دهندگانی تحت این خط مشی کمک مالی نیستند. ارائه دهنده روش های انتخابی (elective procedures) یا دیگر مراقبت ها که مراقبت های اورژانسی یا سایر موارد پزشکی ضروری نیست، تحت پوشش خط مشی کمک مالی نیست. پیوست 3 به صورت ماهانه به روز می شود.

اعضای عمومی می توانند یک کپی از پیوست 3 را با ارسال درخواست کتبی به آدرس زیر دریافت کنند: خدمات حسابداری بیمار، PO Box 292369, Nashville, TN 37229-2369؛ یا با شماره تلفن تسهیلات ذکر شده در خط مشی کمک مالی تماس بگیرید. بیماران همچنین می توانند یک کپی از پیوست 3 را از این وب سایت دانلود کنند: <https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>

عنوان: خط مشی کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید	تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020
صفحه: 6 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

پیوست 1

نام بیمار: _____ شماره حساب: _____

مستندات اطلاعات بیمار بیمه نشده

این سند برای کمک قابل ارائه به بیماران بیمه نشده برای درک جنبه های مالی مراقبت های سلامتیمان، ارائه شده است. بیماران تحت پوشش اترمبیل، مسئولیت فلنکس ثالث و یا سایر هزینه های بازپرداخت که ممکن است برای این خدمات پرداخت شود، واجد شرایط دریافت تخفیف بیمه نخواهند شد.

این سند همچنین گزینه های موجود برای کمک به شما در حل و فصل حساب شما را فراهم می کند. در تلافی برای کمک به بیماران بیمه نشده، HCA تخفیف را برای حساب شما اعمال خواهد کرد و سپس با شما برای حل و فصل مانده حساب باقی مانده خود همکاری خواهد کرد.

اطلاعات زیر خلاصه ای از نحوه پردازش یک حساب بیمه نشده و گزینه های تخفیفی است که ممکن است برای شما در دسترس باشد. اگر شما یک درمان زیبایی انتخابی و یا عملی با هزینه ثابت دریافت کرده اید، این تخفیف ها اعمال نمی شود. در غیر این صورت، HCA تخفیفی به همه صورتحساب های بیمه نشده اعمال می کند. انتظار می رود که مبلغ حساب تخفیف خورده در زمان خدمت به طور کامل پرداخت شود.

هزینه های کل خدمات ارائه شده به حساب کاربری اصل می شود تخفیف بیمه نشده برای کلیه هزینه ها اعمال شده، به این ترتیب مانده حساب شما را کاهش می دهد. اگر شما قادر به پرداخت کامل حساب یا تخفیف نیافتید، ما با شما همکاری خواهیم کرد تا ترتیبات پرداخت ماهانه را انجام دهیم. اگر شما نمی توانید ترتیبات پرداخت ماهانه را برقرار کنید، ما به شما در درخواست کمک Medicaid خواهیم کرد.

اگر Medicaid را دریافت کنید، ما صورتحساب را برای آنها را صادر خواهیم کرد و شما تنها مسئول هزینه هایی که تحت پوشش نمیستند خواهید بود.

اگر برای Medicaid واجد شرایط نیافتید، می توانید درخواست کمک مالی را تکمیل کنید، مستندات حمایتی مورد نیاز را تهیه کنید و این بازرسی را به منظور بررسی برای یک تخفیف خیریه بالقوه خواهید داشت.

اگر شما برای تخفیف خیریه بر اساس دستورالعمل های خط فقر فدرال واجد شرایط باشید، حساب شما به طور کامل پرداخت خواهد شد. اگر شما از شرایط دستورالعمل های خط فقر فدرال برخوردار نیافتید، لازم است که تدابیر لازم برای تصفیه حساب صورتحساب خود را بلافاصله انجام دهید.

HCA تخفیف 100٪ در حساب های خیریه مورد تأیید را تأمین می کند. همه حساب های بیمه نشده دیگر تخفیف جزئی دریافت خواهند کرد.

امضای بیمار/شخص مسئول _____ تاریخ _____

امضای شاهد _____ تاریخ _____

627SSD,FT, COLL مستندات اطلاعات بیمار بیمه نشده

PAS COPY - امضای پرونده

مستندات اطلاعات بیمار بیمه نشده

تاریخ تولید: _____
 مرکز پزشکی سنت دیوید

عنوان: خط مشی کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید	تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020
صفحه: 7 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

1 از 2	پیوست 2												
درخواست کمک مالی مشارکت بهداشتی درمانی سنت دیوید													
شماره حساب بیمار	نام بیمار												
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تلفن												
	<input type="checkbox"/> شافل <input type="checkbox"/> بیکنر												
	کارفرما (نام، آدرس و شماره تلفن)												
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	نام همسر												
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	پدر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشد)												
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	مادر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشد)												
<p>A. بستمزد: لطفاً دستمزد هر کدام از افراد زیر در خانه تان را بیان کنید.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمار</th> <th>دور یکی خط بکشید</th> <th>پدر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشند)</th> <th>مادر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشند)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>سال</td> <td>ساعت / ماه / \$/k</td> <td>سال</td> <td>ساعت / ماه / \$/k</td> </tr> <tr> <td>همسر</td> <td>ساعت / ماه / \$/k</td> <td>سال</td> <td>ساعت / ماه / \$/k</td> </tr> </tbody> </table>		بیمار	دور یکی خط بکشید	پدر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشند)	مادر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشند)	سال	ساعت / ماه / \$/k	سال	ساعت / ماه / \$/k	همسر	ساعت / ماه / \$/k	سال	ساعت / ماه / \$/k
بیمار	دور یکی خط بکشید	پدر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشند)	مادر بیمار (اگر بیمار زیر سن قانونی باشند)										
سال	ساعت / ماه / \$/k	سال	ساعت / ماه / \$/k										
همسر	ساعت / ماه / \$/k	سال	ساعت / ماه / \$/k										
<p>B. منابع دیگر: لطفاً مبلغ کل منابع دیگر موجود برای شما، از جمله حساب های پس انداز، حساب چک ماه، سهام، اوراق قرضه و غیره را ارائه دهید. \$ لطفاً مبلغ درآمد سالانه ای که از این منابع دیگر از جمله درآمد بهره، سود سهام، درآمد اجاره و غیره دریافت می کنید را ارائه دهید. \$</p>													
<p>C. اعضای خانواده: لطفاً تعداد افراد موجود در خانوار بیمار را ارائه کنید.</p>													
<p>D. تأیید درآمد: لطفاً هر یک از اسناد زیر را برای تأیید درآمد خود ارائه دهید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • IRS فرم 2-W • فیش حقوقی پرداختی • اظهارنامه مالیاتی • ریز صورتحساب بانکی • تأیید کارفرما • اقیات مشارکت در بر نامه های کمک دولتی مانند کوبین غذا، CDIC، مدیکد یا AFDC • نامه تأمین اجتماعی یا تعیین حقوق بیکاری • دیگر موارد، لطفاً شرح دهید <p>اگر شما قادر به ارائه یکی از منابع مستندات درآمد ذکر شده در بالا نیستید، لطفاً توضیح دهید که چرا این اطلاعات در دسترس نیست:</p>													
<p>من متوجه هستم که مشارکت بهداشتی سنت دیوید (SDHP) ممکن است اطلاعات مالی موجود در این درخواست کمک مالی ("درخواست") در ارتباط با ارزیابی SDHP این برنامه را تأیید کند و در اینجا با این اعضا به کارفرمای خود اجازه تأیید اطلاعات ارائه شده در این درخواست را می دهد. من همچنین به SDHP اجازه درخواست گزارش از آژانس های گزارش کننده اعتبار یا credit و اداره تأمین اجتماعی را می دهم. من تأیید می کنم که این اطلاعات تا به آنجا که من می دهم درست است و من آگاه هستم که جعل اطلاعات مربوط به این درخواست ممکن است منجر به انحلال کمک مالی شود.</p> <p>من ترک می کنم که هر گونه کمک مالی مبتنی بر نتوانی من در پرداخت است و اگر هر گونه منبع جدید درآمد در دسترس باشد، SDHP می تواند کمک مالی خود را به طور کامل یا به طور جزئی تغییر دهد.</p>													
تاریخ	امضای طرف بیمار یا طرف مسئول												
تاریخ	امضای کارمند SDHP اگر بخشی از برنامه کمک مالی باشد که توسط یک کارمند SDHP تکمیل شده است												

عنوان: خط مشی کمک مالی	
تاریخ اجرا: 13 December, 2013 تاریخ اجرای اصلاحیه: نوامبر 01، 2020	<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان سنت دیوید جورج تاون <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید روند راک <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین شمالی <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان توانبخشی سنت دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی سنت دیوید آستین جنوبی <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی سنت دیوید
صفحه: 8 از 8	تایید شده توسط: هیئت مدیره بهداشتی درمانی سنت دیوید

دستورالعمل و اطلاعات مرتبط با درخواست کمک مالی و مشارکتی مراقب های درمانی پیوست 2 از 2

دستورالعمل:

به عنوان بخشی از تعهدات ما به ارائه خدمات به جامعه و نیل به اهداف خیریه سیستم مراقبت های درمانی سنت دیوید، برنامه مشارکت مراقبت های درمانی سنت دیوید درصدد ارائه کمک های مالی به افرادی است که دارای الزامات درآمدی معینی باشند.

جهت تعیین صلاحیت یک فرد برای برخورداری از کمک های مالی، نیازمند به دریافت اطلاعات خاصی هستیم که در این درخواست به آنها اشاره می شود. همکاری شما امکان شرایط رسیدگی کامل درخواست کمک مالی شما را برای ما فراهم می کند.

لطفا ضمن تکمیل فرم درخواست کمک مالی، آن را به نمایندگی ثبت نام کننده خودت دهید و یا اینکه آن را به نشانی ذیل ارسال کنید:

Patient Account Services (خدمات حسابی بیمار)
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

بخش الف: درآمدها

در بخش الف فرم درخواست کمک مالی، لطفا میزان خرامتی که هر فرد لیست شده به دلار می تواند دریافت کند را ذکر و مشخص کنید که این خرامت ساختی، هفته ای، ماهانه، یا سالانه است یا خیر.

بخش ب: سایر منابع

در جای خالی نخست بخش ب فرم درخواست کمک مالی، لطفا میزان دلاری که در حساب های جاری، پس از انداز، سهام و... خود سرمایه گذاری کرده اید را ذکر کنید. در جای خالی دوم، لطفا میزان درآمد سالانه خود از آن سرمایه گذاری ها را به دلار ذکر کنید. مثلا، در جای خالی نخست ممکن است اشاره کنید که در حساب پس از انداز خود دارای 5000 دلار می باشید و در جای خالی دوم ممکن است بنویسید که سالانه 250 دلار از آن سود می گیرید.

بخش ج: اعضای خانواده

در بخش ب فرم درخواست کمک مالی باید اطلاعات اعضای خانواده بیمار نوشته شود. این اطلاعات باید شامل اطلاعات همسر بیمار و افراد تحت تکفل وی باشد. اگر بیمار کودک صغیری است، لطفا اطلاعات بیمار، نام مادر و/یا پدر و/یا ولی قانونی وی و یا افراد تحت تکفل دیگر مادر/و یا پدر و/یا ولی قانونی بیمار را ذکر کنید.

بخش د: گواهی میزان درآمد

به منظور بررسی درخواست کمک مالی شما، گواهی درآمدهای گزارش شده در بخش الف فرم درخواست کمک مالی، الزامی است. لطفا یک کپی از فرم IRS 2-Form W، صورت حساب های درآمدی و بانکی، وجه چک، اظهارنامه مالیاتی، صورت حساب ها یا هر گونه سند دیگری که نشان دهنده درآمد شما یا مشارکت شما در یک برنامه عام المنفعه نظیر تأمین اجتماعی، بیمه بیکاری، مدی کید، برنامه بهداشتی تهیدستان مناطق روستایی، AFDC، بیمه بیماری، بن های غذایی، WIC، کودکان سالم تکراس، برنامه بیمه سلامت کودکان، یا سایر برنامه های مرتبط با تهیدستان است را ارائه دهید.

به منظور تأیید درآمد خود، همچنین می توانید از کارمند خود بخواهید تا یک گواهی مکتوب ارائه دهد یا از وی بخواهید تا با یک نماینده SDHP، صحبت کند.

اگر قادر به ارائه هر یک از منابع درآمدی فوق نبودید، لطفا در بخش د فرم درخواست کمک مالی، توضیح مکتوبی بیان کنید.

خدمات پزشکی

آن دسته از پزشکان ارائه دهنده خدمات که جزء کارمندان مشارکت مراقبت درمانی سنت دیوید نمی باشند. پزشک خصوصی شما و سایر پزشکانی که خدمات الزامی برای شما ارائه می دهند، صورت حساب هایی جداگانه صادر خواهند کرد. برای طرح سؤال درباره این صورت حساب ها، یا پرداخت حق الزحمه خدمات پزشک، لطفا با دفتر هر پزشک تماس بگیرید.