

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 1 از 9	مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید

این مرام نامه چارچوبی مرتبط با مشارکت مراقبت درمانی ست دیوید (SDHP) ایجاد می کند که بیماران صلاحیت دار برای دریافت کمک های مالی مرتبط با مراقبت های درمانی لازم پزشکی و اورژانسی را تعیین می کند.

به منظور حصول اطمینان از آگاهی کافی کلیه بیماران نسبت به این مرام نامه، SDHP اقدامات ذیل را اتخاذ کرده است:

- اطلاعات مرتبط با مرام نامه کمک های مالی، خلاصه ای صریح از این مرام نامه، و فرم درخواست کمک های مالی و دستورالعمل های لازم جهت تکمیل آن در وب سایت SDHP به نشانی: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot> موجود است.
- هنگام ثبت نام، به بیماران سندی داده می شود که در آن موجودیت تخفیفات مرتبط با بیماران فاقد بیمه و همچنین سایر گزینه های تخفیفی (پیوست 1)، توضیح داده شده است.
- فرم درخواست کمک مالی در واحدها و از طریق پست در دسترس است.
- علانمی که به وضوح اطلاعات مرتبط با مأموریت ها و دستورالعمل های امور خیریه را نشان می دهند در کلیه نقاط پذیرش موجود هستند.
- سندی تحت عنوان «راهنمای صورت حساب بیمارستانی» برای بیماران ارائه می شود. در این سند ضمن توضیح فرایند پردازش صورت حساب، اطلاعات مربوط به مرام نامه درخواست کمک مالی نیز ارائه می شود.
- خلاصه ای از این مرام نامه به سازمان های غیرانتفاعی نزدیک بیمارستان های SDHP ارائه می شود.

سیستم برخورداری از مراقبت های خیریه ای

درخواست. به منظور کسب صلاحیت برای برخورداری از مراقبت های خیریه ای، تکمیل فرم درخواست کمک های مالی SDHP (پیوست 2) در SDHP، الزامی است.

فرم درخواست کمک مالی، مرام نامه کمک مالی، خلاصه ای صریح از مرام نامه کمک مالی با طرح یک درخواست کتبی به نشانی ذیل موجود است (لطفاً زبان فرم را به انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، چینی ساده شده، کره ای یا عربی انتخاب کنید). اگر به کمک نیاز داشتید، می توانید با بخش خدمات حساب بیماران به نشانی ذیل یا با شماره تلفن ذیل، تماس بگیرید:

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 2 از 9	
مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید	

خدمات حسابی بیمار (Patient Account Services)

6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249

866-396-1025	بیمارستان جورج تاون
866-291-3547	بیمارستان قلب آستین
866-391-2015	مرکز پزشکی آستین شمالی
866-391-2017	مرکز پزشکی راند راک
866-391-2018	مرکز پزشکی آستین جنوبی
866-391-2021	مرکز پزشکی ست دیوید (St. David's)
855-890-3304	بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)

بر اساس این درخواست امکان جمع آوری اطلاعات مطابق با قانون ایالتی و ملزومات درآمدی و اسنادی ذیل وجود دارد. در صورت تکرار مراجعات بیمارستانی، SDHP تلاش می کند تا با بیمار یا شخص مسئول مربوطه درخواست و اطلاعات درآمدی هر مراجعه بعدی را تأیید کند، البته، اگر مدت زمان 12 ماه طی شده باشد، درخواستی و اسناد حمایتی جدیدی باید ارائه شود.

محاسبات اعضای خانواده درجه یک بیمارانی که درخواست کمک مالی دارند باید تعداد افراد خانوار خود را تأیید کنند.

بزرگسالان. در محاسبه تعداد اعضای خانواده ها در خانوارهای بیماران بزرگسال، بیمار، همسر بیمار و کلیه افراد تحت تکفل وی باید گنجانده شود.

افراد صغیر. در محاسبه تعداد اعضای خانواده ها در خانوارهای بیماران صغیر، بیمار، مادر بیمار و کلیه افراد تحت تکفل مادر بیمار، پدر بیمار، و کلیه افراد تحت تکفل پدر بیمار باید گنجانده شود.

محاسبه درآمد. بیماران باید میزان درآمد سالانه افراد خانوار خود را ارائه دهند.

بزرگسالان. برای افراد بزرگسال، اصطلاح «درآمد سالانه» برای اهداف دسته بندی به عنوان تهیدست مالی یا تهیدست پزشکی بر اساس این مرام نامه به معنا مجموع درآمد سالانه بیمار و همسر بیمار است.

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 3 از 9	
مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید	

افراد صغیر. اگر بیمار صغیر باشد، اصطلاح «درآمد سالانه» به معنای درآمد خالص سالانه بیمار، مادر و پدر بیمار است.

گواهی میزان درآمد. بیماران یا شخص ثالث باید درآمد گزارش شده در درخواست کمک مالی را براساس ملزومات اسنادی ذیل، تأیید کنند.

ملزومات اسنادی. درآمد گزارش شده در فرم درخواست کمک مالی می تواند براساس هر یک از مکانیسم های ذیل تأیید شود:

شاخص های درآمدی. براساس مفاد اسناد مالی شخص ثالث، که صرفاً به این موارد محدود نیست، شامل IRS Form W-2، اظهارنامه درآمدی و مالیاتی، وجه چک، اظهارنامه مالیاتی انفرادی، گواهی تلفن کارفرما، صورت حساب های بانکی، وجوه پرداختی تأمین اجتماعی، یادداشت های پرداختی بیمه بیکاری، یا نامه های تأییدیه غرامت بیکاری می شود. مضافاً، شرکت سرشماری نفوس زیب کد محل سکونت بیمار را در نظر می گیرد.

مشارکت در یک برنامه عام المنفعه. براساس مفاد اسنادی که نشان از حضور فعلی در یک برنامه عام المنفعه نظیر مدی کید، برنامه بهداشتی تهیدستان مناطق روستایی، AFDC، بن های غذایی، WIC، کودکان سالم تکزاس، برنامه بیمه سلامت کودکان، یا سایر برنامه های مرتبط با تهیدستان است. ارایه گواهی نامه مشارکت در هر یک از برنامه های فوق در کنار فرم درخواست کمک مالی تکمیل شده، الزامی است.

شیوه تأییدیه. در تأیید میزان کل درآمد بیمار، SDHP می تواند سایر دارایی ها و بدهکاری های بیمار و همچنین درآمد خانواده بیمار و استطاعت پدر وی به پرداخت را در نظر بگیرد. اگر توانایی بیمار به پرداخت باقی مانده صورت حساب تأیید شود، آن تأییدیه مانع از ارزیابی مجدد توانایی بیمار در پرداخت و ارایه اسناد اضافی نخواهد شد.

دسته بندی تأییدیه درآمد معاق. SDHP در هر زمانی قبل، در طول و یا بعد از تاریخ ارایه خدمات، می تواند درخواست کمک مالی را بررسی کند. در طول مدت فرآیند تأیید، در طول مدت زمان جمع آوری اطلاعات لازم برای تعیین درآمد بیمار توسط SDHP، بیمار ممکن است به عنوان یک بیمار پرداخت کننده خصوصی براساس مرام نامه های SDHP در نظر گرفته شود.

اطلاعات ناقص یا ناکافی. این مرام نامه به هیچ عنوان توانایی SDHP را در تلاش بیشتر در ارتباط با تعیین اطلاعات بیمار در توانایی پرداخت وی که توسط خود بیمار در طول فرآیند درخواست ارایه می شود و به ظاهر ناقص یا ناکافی است را محدود نمی کند. مثلاً، SDHP می تواند بررسی کند که

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 4 از 9	مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید

چرا اگر درآمد بیمار بالا است، دارایی های ناچیز یا هیچ دارایی گزارش نشده.

تحریف اطلاعات. هر گونه تحریف اطلاعات می تواند منجر به رد درخواست کمک مالی شود. اگر به بیماری کمک مالی ارائه شود، اما SDHP متوجه نادرستی اطلاعات درخواست کمک مالی بیماری شود، وضعیت استفاده از مراقبت های امور خیریه احتمالاً لغو و آن کمک های مالی استرداد می شود.

دسته بندی به عنوان تهیدستی مالی منظور از تهیدستی مالی آن است که یک فرد فاقد بیمه یا دارای بیمه تحت مراقبت قرار گرفته بدون هیچ گونه تعهد یا با تعهد تخفیف دار برای پرداخت خدماتی که براساس سیستم استطاعت مراقبتی امور خیریه ارائه می شود.

دسته بندی. اگر درآمد سالانه بیمار کمتر از یا مساوی با 200% موازین نیازمند بودن باشد که سالانه توسط دفتر فدرال ایالات متحده به روز می شود، آن بیمار در دسته بندی تهیدستان مالی قرار می گیرد. وزارت بهداشت و خدمات انسانی («موازین نیازمند بودن فدرال») موازین نیازمند بودن فدرال به روزرسانی شده باید از نخستین روز ماه بعد از انتشار آنها، اعمال شوند.

دسته بندی به عنوان تهیدست پزشکی منظور از تهیدستی پزشکی آن است که صورت حساب های پزشکی یا بیمارستانی بیمار، بعد از آنکه توسط پرداخت کننده های ثالث پرداخت شد، از درصد معینی از درآمد سالانه بیمار فراتر رفته باشد، و در نتیجه بیمار توانایی پرداخت میزان باقی مانده صورت حساب را نداشته باشد.

ارزیابی اولیه. اگر موجودی بیمار بعد از پرداخت توسط پرداخت کننده های ثالث فراتر از ده درصد (10%) درآمد سالانه بیمار باشد و بیمار استطاعت پرداخت صورت حساب باقی مانده را نداشته باشد، آنگاه آن بیمار در دسته بندی تهیدست پزشکی قرار می گیرد. اگر بیمار فاقد شرایط اولیه باشد، آنگاه در دسته بندی تهیدست پزشکی قرار نمی گیرد.

پذیرش. SDHP بیماری را پذیرش می کند که در ارزیابی اولیه دارای شرایط تهیدستی پزشکی بوده و از شرایط ذیل برخوردار باشد:

درآمد سالانه وی باید بین 200% تا 500% موازین تهیدستی فدرال باشد. درآمد بیمار باید حداقل 200% اما حداکثر 500% میزان اعلام شده براساس موازین نیازمند بودن فدرال باشد. در این موارد، SDHP میزان کمک مالی امور خیریه که به بیماران براساس درآمد سالانه پرداخت می شود را تعیین می کند البته این میزان با توجه به موازین نیازمند بودن است که سالانه توسط دفتر فدرال ایالات متحده به روزرسانی می شود. وزارت بهداشت و خدمات انسانی («موازین نیازمند بودن فدرال») میزان برخورداری از تخفیف، بین 40-90% خواهد بود. میزان تخفیف برای افراد فاقد بیمه به میزان حساب باقی مانده بعد از اعمال تخفیف امور خیریه، لحاظ خواهد شد.

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 5 از 9	مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید

شیوه های تأیید. همان طور که در «سند اطلاعاتی بیمار فاقد بیمه»، پیوست 1، اشاره شده، SDHP نسبت به تعیین صلاحیت بیماران فاقد بیمه در برخورداری از مدی کید یا کمک های امور خیریه، اقدام خواهد کرد. صلاحیت بیماران در برخورداری از کمک های مالی بعد از بررسی و پردازش درخواست آنها، از طریق پست به آنها اطلاع داده خواهد شد. در بررسی درخواست ها، مدیریت مرکز خدمات (SSC)، صلاحیت بیماران را تعیین می کند و تلاش های معقولی جهت نیل به این هدف، صورت می دهد. به منظور تعیین صلاحیت بیمار در پرداخت یا تعیین صلاحیت وی به استفاده از کمک های دولتی یا سایر کمک ها، مدیریت مذکور می تواند اطلاعات موجود از جمله دارایی ها و... را بررسی کند.

اگر بیماری فاقد صلاحیت لازم برای برخورداری از کمک های امور خیریه باشد، و یا اینکه بعد از اعمال این نوع کمک ها، بیمار باید بخشی از باقی مانده صورت حساب را پرداخت کند، آنگاه تخفیف بیمار فاقد بیمه لحاظ خواهد شد. میزان مبلغ مقرر از کل میزان صورت حساب بیمار دارای بیمه براساس شیوه look-back فراتر نخواهد شد، این شیوه در مقررات خدمات درآمدی داخلی توصیف شده است. با ارسال درخواستی به نشانی ذیل، بیماران می توانند درباره نحوه انجام این محاسبه، درخواست کسب اطلاعات دهند:

Patient Account Services (خدمات حسابی بیمار)
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249

لطفاً توجه کنید در صورت عدم ارایه درخواست کمک مالی توسط شما در یک بازه 120 روزه بعد از تاریخ نخستین صورت حساب، آنگاه بیمارستان (یا هر شخص مجاز دیگر) می تواند جهت دریافت وجه صورت حساب اقداماتی علیه شما اتخاذ کند که می تواند شامل موارد ذیل شوند: گزارش اطلاعات تند علیه شما درباره پدھکاری شما به آن واحد بیمارستانی جهت طرح مسأله به نهادها و دفاتر اعتباری، و یا حتی طرح دعاوی علیه شما در دادگاه.

محفوظ بودن حقوق

حق محدود کردن یا رد کمک های مالی به عنوان یک حق انحصاری برای SDHP، محفوظ است.

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 6 از 9	
مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید	

خدمات پوشش داده نشده

فهرست ارائه دهندگانی که ممکن است خدمات اورژانسی یا سایر خدمات ضروری پزشکی را در بیمارستان های SDHP ارائه دهند به عنوان پیوست 3 آمده است که محتویات آن جامع و دارای مرجع است. در پیوست 3 مشخص می شود که کدام ارائه دهندگان تحت پوشش این سیاست کمک مالی قرار می گیرند و کدام ارائه دهندگان تحت پوشش نیستند. ارائه دهندگان مراقبت های اختیاری یا مراقبت های دیگر که مراقبت های اورژانسی یا از موارد ضروری پزشکی نیستند، تحت پوشش سیاست های کمک مالی قرار نمی گیرند. پیوست 3 به صورت ماهانه به روز می شود.

اعضای عمومی می توانند یک نسخه از پیوست 3 را با درخواست کتبی به آدرس زیر دریافت کنند: Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249؛ یا با شماره تلفن مرکز که در سیاست کمک مالی قید شده تماس بگیرند. بیماران همچنین می توانند یک کپی از پیوست 3 را از این وبسایت دانلود کنند:

<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 7 از 9	مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید

پیوست 1

نام بیمار: _____ شماره حساب: _____

سند اطلاعاتی بیمار فاقد بیمه

هدف از ارائه این سند کمک به بیماران فاقد بیمه در درک جنبه های مالی مراقبت های درمانی آنها است. بیماران دارای پوشش بیمه اتومبیل یا بیمه مسئولیت قانونی شخص ثالث یا پوشش های دیگر، از صلاحیت استفاده از تخفیفات مرتبط با نداشتن بیمه، برخوردار نخواهند شد.

در این سند همچنین گزینه های موجود برای کمک به شما در حل مشکلات حسابتان نیز ارائه می شود. در راستای کمک به بیماران فاقد بیمه، اچ سی ای (HCA) تخفیفاتی را برای حساب شما اعمال خواهد کرد و بعد به شما در حل مانده حسابتان، کمک خواهد کرد.

اطلاعات ذیل مروری از چگونگی پردازش حساب فاقد بیمه و گزینه های تخفیفی احتمالی موجود، است. تخفیفات مورد نظر مشمول انواع جراحی زیبایی غیراورژانسی یا با نرخ ثابت نخواهد شد. در سایر موارد، تخفیفات اچ سی ای مشمول کلیه صورت حساب های فاقد بیمه خواهد شد. انتظار می رود که مبلغ تخفیفی مقرر در هنگام ارائه خدمات به صورت کامل پرداخت شود.

کلیه هزینه های خدمات ارائه شده به این حساب اعمال می شود. تخفیف لازم برای مورد فاقد بیمه به کلیه هزینه های اعمال می شود و لذا به این شکل مانده حساب کم خواهد شد. اگر توانایی پرداخت مانده تخفیفی حساب را به صورت کامل نداشته باشید، به شما کمک می کنیم تا آن را به صورت اقساط ماهانه پرداخت کنید.

اگر توانایی پرداخت اقساط ماهانه را نیز نداشته باشید، به شما کمک می کنیم تا درخواست برخورداری از کمک مدی کید (Medicaid assistance) را ارائه دهید.

اگر موفق به دریافت مدی کید شوید، آنگاه ما صورت حساب را برای آنها ارسال خواهیم کرد و شما صرفاً مسئول پرداخت هزینه های غیر-مشمول دیگر خواهید شد.

اگر صلاحیت برخورداری از مدی کید را نداشته باشید، آنگاه باید درخواست دریافت کمک مالی (Financial Assistance Application) را داشته باشید، و مدارک لازم جهت برخورداری از تخفیف احتمالی مرتبط با امور خیریه یا مددکاری را ارائه کنید.

اگر براساس موازین فدرال نیازمند بودن (Federal Poverty Guidelines)، صلاحیت برخورداری از تخفیف امور خیریه یا مددکاری را داشته باشید، آنگاه حساب شما به صورت پرداخت شده کامل، در نظر گرفته خواهد شد. در صورت عدم برخورداری از موازین فدرال نیازمند بودن، باید فوراً صورت حساب های خود را پرداخت کنید.

برای حساب های امور خیریه یا مددکاری، اچ سی ای تخفیفات 100 درصدی ارائه می دهد. به سایر حساب های فاقد بیمه، تخفیف جزئی تعلق می گیرد.

امضای بیمار/شخص مسئول _____ تاریخ _____

امضای شاهد _____ تاریخ _____

SSD.FT.COLL.627 مدارک اطلاعاتی بیمار فاقد بیمه

بسیار کمی - امضای فایل

مدارک اطلاعاتی بیمار فاقد بیمه

تاریخ تولد:
 مرکز پزشکی ست دیوید (St. David's)

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 8 از 9	مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید

پیوست 1 از 2

دستور العمل و اطلاعات مرتبط با درخواست کمک مالی و مشارکتی مراقب های درمانی ست دیوید

شماره حساب بیمار	نام بیمار
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تلفن
	<input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> بیکار کارفرما (نام، نشانی، و شماره تلفن)

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تأمین اجتماعی	نام همسر
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تأمین اجتماعی	نام پدر بیمار (اگر بیمار صغیر باشد)
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تأمین اجتماعی	نام مادر بیمار (اگر بیمار صغیر باشد)

الف. درآمدها: لطفا میزان درآمد هر یک از اعضای خانوار خود را بیان کنید.

بیمار	میزان	به دلار	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال	نام پدر بیمار	میزان	به دلار	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال
بیمار	میزان	به دلار	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال	نام پدر بیمار	میزان	به دلار	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال
همسر	میزان	به دلار	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال	نام مادر بیمار	میزان	به دلار	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال

ب. سایر منابع: لطفا میزان کل سایر منابع موجود خودتان _____ به دلار، از جمله حساب های پس انداز، حساب های جاری، سهام، اوراق قرضه و ... را بیان کنید.

لطفا میزان کل درآمد سالانه خود به دلار _____ را از سایر منابع نظیر افزایش درآمد، سود سهام، درآمدهای اجاره ای و ... بیان کنید

ج. اعضای خانواده: لطفا تعداد _____ اعضای خانوار خود را ذکر کنید.

د. گواهی میزان درآمد: لطفا هر یک از مدارک ذیل را جهت تأیید میزان درآمد خود ارائه دهید.

- فرم 2-IRS Form W
- وجه چک
- اظهارنامه مالیاتی
- صورت حساب های بانکی
- گواهی کارفرما
- مدرکی دال بر مشارکت شما در برنامه های همیاری دولتی نظیر بن های غذا، سدیک (CDIC)، مدی کید یا ای اف دی سی (AFDC)
- نامه های تأییدیه برخورداری از حقوق بیمه بی کاری یا تأمین اجتماعی
- سایر موارد، لطفا توضیح دهید

اگر قادر به ارائه هر یک از منابع درآمدی فوق نبودید، لطفا علت عدم موجود بودن آن اطلاعات را ذکر کنید:

بدین وسیله ابراز آگاهی می کنم که مشارکت مراقبت درمانی ست دیوید (St. David's Healthcare Partnership (SDHP)) ممکن است اطلاعات مالی این درخواست کمک مالی («درخواست») را در ارتباط با ارزیابی SDHP این درخواست، تأیید کند، و با امضای اینجانب به کارمند خود جهت تأیید اطلاعات این درخواست، اجازه می دهم. همچنین به SDHP اجازه درخواست دریافت گزارش از نمایندگی های گزارش دهی اعتباری و اداره تأمین اجتماعی را می دهم. بدین وسیله با بهره گیری از بیشترین سطح دانش خود، صحت این اطلاعات را تأیید می کنم و می دانم که هر گونه ارایه اطلاعات نادرست در این درخواست می تواند سبب رد درخواست کمک بنده شود.

می دانم که ارایه هرگونه کمک مالی براساس اثبات عدم توانایی اینجانب در پرداخت است و اگر چنانچه منبع درآمد جدیدی ایجاد شد، SDHP می تواند کمک های مالی خود را به صورت جزئی یا کلی لغو کند.

تاریخ _____

تاریخ _____

اعضای بیمار یا شخص مسئول _____

اعضای کارمند SDHP اگر چنانچه بخشی از _____

عنوان: مرام نامه کمک مالی	
<input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جورج تاون ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی راند راک ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین شمالی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان احیای ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> مرکز پزشکی آستین جنوبی ست دیوید <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان قلب آستین <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان جراحی ست دیوید (St. David's)	تاریخ اجرا: 13 دسامبر، 2013 تاریخ اجرای تجدید چاپ: نوامبر 28، 2017
صفحه: 9 از 9	مورد تأیید: هیأت مدیره مراقبت های پزشکی ست دیوید

پیوست 2 از 2

دستورالعمل و اطلاعات مرتبط با درخواست کمک مالی و مشارکتی مراقب های درمانی ست دیوید

دستورالعمل:

به عنوان بخشی از تعهدات ما به ارائه خدمات به جامعه و نيل به اهداف خیریه سیستم مراقبت های درمانی ست دیوید، برنامه مشارکت مراقبت های درمانی ست دیوید درصد 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 عودت دهید و یا اینکه آن را به نشانی ذیل ارسال کنید:

Patient Account Services (خدمات حسابی بیمار)
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, Tx. 78249

بخش الف: درآمدها

در بخش الف فرم درخواست کمک مالی، لطفا میزان غرامتی که هر فرد لیست شده به دلار می تواند دریافت کند را ذکر و مشخص کنید که این غرامت ساعتی، 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 دلاری 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 پ 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 تپیدستان مناطق روستایی، AFDC، بیمه بیماری، بن های غذایی، WIC، کودکان سالم تکزاس، برنامه بیمه سلامت کودکان، یا سایر برنامه های مرتبط با تپیدستان 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 فوقی نبویید، 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 ست دیوید نمی باشند. پزشک خصوصی شما و سایر پزشکانی که خدمات الزامی برای شما ارائه می دهند، صورت حساب هلی 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.