

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

نام بیمار _____ شماره حساب بیمار _____

شماره تلفن _____ شماره تأمین اجتماعی _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____

شاغل

بیکار

کارفرما (نام، نشانی، و شماره تلفن)

نام همسر _____ شماره تأمین اجتماعی _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____

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

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

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

دور آیتم مورد نظر را دایره بکشید	دور آیتم مورد نظر را دایره بکشید
نام پدر بیمار اگر بیمار صغیر باشد	نام پدر بیمار اگر بیمار صغیر باشد
میزان به دلار _____	میزان به دلار _____
میزان به ساعت/هفته/ماه/سال	میزان به ساعت/هفته/ماه/سال
نام مادر بیمار اگر بیمار صغیر باشد	نام مادر بیمار اگر بیمار صغیر باشد
میزان به دلار _____	میزان به دلار _____
میزان به ساعت/هفته/ماه/سال	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 مراقبتی 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 ارائه اطلاعات نادرست در این درخواست می تواند سبب رد درخواست کمک بنده شود.

می دانم که ارائه 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 _____

امضای بیمار یا شخص مسئول _____

تاریخ _____

امضای کارمند SDHP اگر چنانچه بخشی از فرم درخواست کمک توسط کارمند SDHP تکمیل شده باشد

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 نیل به اهداف خیریه سیستم مراقبت های درمانی ست دیوید، برنامه مشارکت مراقبت های درمانی ست 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 عودت دهید و یا اینکه آن را به نشانی ذیل ارسال کنید:

Patient Account Services
10030 N. MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063

بخش الف: درآمدها

در بخش الف فرم درخواست کمک مالی، لطفا میزان گرامتی که هر فرد لیست شده به دلار می تواند دریافت کند را ذکر و مشخص کنید که این گرامت 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 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 پ فرم درخواست کمک مالی باید اطلاعات اعضای خانوار 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 2-IRS 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 تهریستان مناطق روستایی، AFDC، بیمه بیماری، بن های غذایی، WIC، کودکان سالم تکراس، برنامه بیمه سلامت کودکان، یا سایر برنامه های مرتبط با تهریستان 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 ست 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.