

درخواست کمک مالی

مراقبت خیریه و کمک پرداخت تخفیفی

اطلاعیه و کمک

از این درخواست برای درخواست مراقبت خیریه یا کمک پرداخت تخفیفی استفاده کنید. اگر مطمئن نیستید برای کدام برنامه درخواست بدهید، برای کمک رایگان با دفتر امور مالی تماس بگیرید. شما می توانید در هر زمان، قبل، هنگام یا بعد از خدمات بیمارستانی درخواست بدهید.

واجد شرایط بودن بر اساس درآمد خانواده و اندازه خانواده است. دارایی های پولی در نظر گرفته نمی شود. شماره حساب بانکی، مانده حساب، سرمایه گذاری، حساب بازنشستگی، ارزش خانه، ارزش خودرو یا سایر اطلاعات دارایی را ارائه نکنید. کمک رایگان زبانی و قالب های قابل دسترس، از جمله بریل، چاپ درشت، صوتی و قالب های الکترونیکی قابل دسترس، با تماس با (213) 1492-314 یا مراجعه به دفتر امور مالی در دسترس است.

برنامه درخواستی

یکی را انتخاب کنید: مراقبت خیریه کمک پرداخت تخفیفی هر دو / مطمئن نیستم
مهم: اگر فقط برای کمک پرداخت تخفیفی درخواست بدهید، ممکن است کمک مالی کمتری نسبت به آنچه در برنامه مراقبت خیریه ممکن است در دسترس باشد دریافت کنید. اگر مطمئن نیستید، «هر دو / مطمئن نیستم» را انتخاب کنید یا برای کمک رایگان با دفتر امور مالی تماس بگیرید.

محل بیمارستان

یکی را انتخاب کنید: West Covina Medical Center L.A. Downtown Medical Center

اطلاعات بیمار

_____	تاریخ خدمت:
_____	نام بیمار:
_____	تاریخ تولد:
_____	نشانی پستی:
_____	شهر / ایالت / کد پستی:
_____	شماره تلفن:

جنسیت: مرد زن دیگر / ترجیح می دهم پاسخ ندهم

قومیت - اختیاری است و برای تعیین واجد شرایط بودن استفاده نمی شود:

قومیت: سفیدپوست سیاهپوست هیسپانیک/لاتین بومی آمریکا/بومی آلاسکا

ادامه قومیت: آسیایی/جزایر اقیانوس آرام دیگر ترجیح می دهم پاسخ ندهم

برنامه، بیمه و اندازه خانواده

منبع احتمالی پرداخت شخص ثالث: بیمه خصوصی Medicare Medi-Cal پرداخت شخصی دیگر هیچ کدام

منبع اصلی درآمد: اشتغال خوداشتغالی تأمین اجتماعی ازکارافتادگی بیکاری

ادامه منبع اصلی درآمد: بازنشستگی/مستمری کمک دولتی حمایت مالی دیگر هیچ کدام

لازم نیست قبل از بررسی این درخواست برای کمک پرداخت تخفیفی توسط بیمارستان، برای پوشش درمانی دیگر درخواست بدهید.

بیمار و اعضای خانواده ای را که در اندازه خانواده حساب می شوند فهرست کنید.

نام	نسبت با بیمار	سن	جنسیت

درآمد خانواده

درآمد خانواده را به صورت درآمد ماهانه یا سالانه وارد کنید. اگر موجود است، مدارک درآمد را پیوست کنید.

مبلغ سالانه	مبلغ ماهانه	منبع درآمد
\$	\$	دستمزد - بیمار
\$	\$	دستمزد - همسر / شریک خانگی
\$	\$	دستمزد - سایر اعضای خانواده
\$	\$	خوداشتغالی / درآمد کشاورزی
\$	\$	کمک دولتی / تأمین اجتماعی / ازکارافتادگی
\$	\$	بیکاری / غرامت کارگران / مزایای اعتصاب
\$	\$	نفقه همسر / حمایت فرزند / تخصیص نظامی
\$	\$	بازنشستگی / مستمری
\$	\$	سود سهام، بهره، درآمد اجاره یا دیگر

مدارک درآمد

می توانید فیش های حقوقی اخیر یا اظهارنامه های مالیاتی اخیر را پیوست کنید. اگر این موارد در دسترس نیست، می توانید مدارک دیگری که درآمد خانواده را نشان می دهد ارائه کنید. بیمارستان ممکن است سایر مدارک درآمد را بپذیرد، اما هیچ مدرک جایگزین خاصی را الزامی نمی کند. فیش حقوقی اخیر عموماً یعنی فیش های مربوط به ۶ ماه قبل یا بعد از اولین صورتحساب بیمارستان، یا ۶ ماه پس از درخواست پیش از خدمت. اظهارنامه مالیاتی اخیر عموماً یعنی اظهارنامه سال اولین صورتحساب بیمارستان یا ۱۲ ماه قبل از اولین صورتحساب. اطلاعات دارایی لازم نیست و استفاده نخواهد شد.

اطلاعات خدمت و حساب

تاریخ	مبلغ / شرح	واحد خدمت	نوع خدمت
	مبلغ صورتحساب: \$ _____	روزهای بستری	بستری بیمارستان
	پرداخت دریافت شده: \$ _____	روزهای سرپایی	سرپایی بیمارستان
	مسئولیت بیمار \$ _____	سایر تعديلات / بخشودگی ها: \$ _____	دیگر

هزینه ها - اختیاری

اطلاعات هزینه برای واجد شرایط بودن پایه لازم نیست. ممکن است برای بررسی واجد شرایط بودن به دلیل هزینه های پزشکی بالا، گزینه های برنامه پرداخت یا کمک های دیگر استفاده شود.

مبلغ ماهانه	هزینه	مبلغ ماهانه	هزینه
\$	بیمه سلامت	\$	وام مسکن / اجاره
\$	صورتحساب پزشکی / بیمارستان / پزشکان	\$	خدمات عمومی / تلفن
\$	داروها / وام خودرو / دیگر	\$	غذا

اطلاعات دارایی لازم نیست

دارایی های پولی، مراجع بانکی، شماره حساب ها، مانده حساب ها، مانده سرمایه گذاری، مانده بازنشستگی، ارزش املاک، ارزش خودروها و سایر اطلاعات دارایی لازم نیست و هنگام تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی در نظر گرفته نمی شود.

محاسبه درآمد - برای استفاده بیمارستان یا کمک به متقاضی

مبلغ یا مقدار	مورد محاسبه
\$	کل درآمد ناخالص ماهانه
\$	کسر کسورات ماهانه، در صورت اعمال
\$	درآمد خالص ماهانه تعدیل شده
	اندازه خانواده
	درصد FPL، اگر محاسبه شده است

اظهارنامه متقاضی

من تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که پاسخ هایی که داده ام تا حد آگاهی من درست و صحیح است. موافقت می کنم اگر درآمد، هزینه ها، اندازه خانوار، اعضای خانوار یا نشانی من تغییر کند، ظرف ده (10) روز به ارائه دهنده اطلاع دهم. می دانم اطلاعاتی که ارائه می کنم طبق قانون محرمانه نگهداری خواهد شد. می دانم اطلاعات دارایی لازم نیست و برای تعیین واجد شرایط بودن کمک مالی استفاده نخواهد شد. اگر به دلیل حادثه یا آسیب، خدمات درمانی دریافت کنم، موافقت می کنم تا حد مجاز قانون، ارائه دهنده را از محل عواید هر دعوی یا سازش مربوط به آن حادثه یا آسیب بازپرداخت کنم.

تاریخ	امضای متقاضی / نماینده مجاز

بررسی بیمارستان و تصمیم کتبی

بیمارستان درخواست تکمیل شده را بررسی می کند و تصمیم کتبی درباره واجد شرایط بودن ارائه خواهد داد.

تصمیم: تأیید شد رد شد اطلاعات بیشتر لازم است

توضیحات: _____

امضا / تاریخ بررسی کننده: _____

فقط برای استفاده بیمارستان

واجد شرایط بودن باید بر اساس درآمد خانواده و اندازه خانواده باشد. از دارایی های پولی یا سایر اطلاعات دارایی استفاده نکنید. اگر به نظر می رسد بیمار واجد شرایط کمک مالی است یا درخواست کمک کرده است، قبل از ارجاع حساب به وصول مطالبات، سیاست بیمارستان را دنبال کنید.

اطلاعات پرسش ها یا شکایت

برای پرسش یا کمک در تکمیل درخواست، با دفتر امور مالی به شماره (213) 314-1492 تماس بگیرید. اگر باور دارید کمک مالی به اشتباه رد شده است، می توانید در برنامه شکایت صورتحساب بیمارستان ایالت کالیفرنیا در HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov شکایت ثبت کنید.