

مرکز پزشکی سیدرز - ساینای

ساعات کار:

دوشنبه تا جمعه 9:00 تا 11:45 صبح؛ 1:00 تا 4:30 بعد از ظهر
 شماره تلفن (323) 866-8600
 فکس 24 ساعته: (323) 866-8685
 ایمیل: Patient.Billing@cshs.org

نام
 آدرس
 شهر، ایالت، کد پستی

عطف به:
 شماره حساب:
 تاریخ پذیرش:
 مانده حساب:

دلار

در پاسخ به درخواست شما برای کمک مالی تحت خط مشی مرکز پزشکی سیدرز - ساینای در مورد کمک مالی کامل و ناکامل برای بیمارانی که از لحاظ مالی در رابطه با خدمات بیان شده در بالا واجد شرایط هستند، و برای برآورد صحیح توانایی شما برای پرداخت همه یا قسمتی از صورتحساب (های) بیمارستان، مدارک دیگری مورد نیاز است. امکان دارد که خدمات اشاره شده در بالا واجد شرایط برای پوشش تحت خط مشی کمک مالی مرکز پزشکی سیدرز - ساینای باشند. خلاصه این خط مشی برای ملاحظه شما ضمیمه شده است. برای کمک به ما در برآورد خود، لطفاً مدارک زیر را حداکثر تا (15) روز از تاریخ این نامه تسلیم نمایید. شما می توانید اطلاعات خود را از طریق ایمیل، فکس، یا با یک پیوست ایمیل مطابق با اطلاعات تماس ذکر شده در بالای این نامه بفرستید:

- (1) تقاضانامه مراقبت خیریه که بصورت کامل تکمیل شده است (ضمیمه این نامه).
 - (2) • کپی آخرین اوراق مالیاتی (تکس ریترن) فدرال خود (فرم 1040).
 - در صورت موجود نبودن، کپی آخرین چک یا فیش حقوقی دریافتی از همه مشاغل خود در طول شش (6) ماه گذشته.
 - لطفاً توجه داشته باشید که این موضوع شامل کمک های عمومی (مثلاً بیمه بیکاری، پرداخت های از کارافتادگی، و لفر) یا ته چک های سوسیال سکيورتي است. اگر درآمد خود را بصورت نقد دریافت می کنید لطفاً یک شرح کتبی از کارفرمای خود که در آن درآمد شما را اعلام می شود برای ما بفرستید.
- اگر در حال حاضر هیچگونه درآمدی ندارید که در مدارک بالا منعکس شود، لطفاً یک یادداشت مختصر ارائه دهید که وضعیت مالی فعلی شما را شرح می دهد. اگر از یک عضو خانواده یا دوست کمک مالی

- دریافت می کنید لطفاً از آن شخص (اشخاص) بخواهید یک شرح امضا شده تسلیم کنند که در آن کمک مالی عرضه شده به شما را تایید می کند. آن شرح را حتماً امضا کنید و تاریخ بگذارید.
- (3) تاییدیه اجاره یا قسط خانه.
- (4) کپی اظهارنامه بانکی ماه قبل شما (همه صفحات) (پس انداز، حساب جاری، IRA، گواهی های سهام و اوراق قرضه، حساب های مانی مارکت، گواهی های واریزها، بیانیه های حساب حق العمل، و قبض های 401(K) و 403(B).

ما از شما می خواهیم که کپی های مدارک ذکر شده در بالا را برای ما بفرستید زیرا آنها را برای شما پس نخواهیم فرستاد.

(طرف دیگر)

لطفاً توجه داشته باشید که مهم است همه مدارک درخواستی را بفرستید یا یک شرح امضا شده را ضمیمه کنید که توضیح می دهد چرا هر کدام از اقلام بالا به وضعیت شما مربوط نمی شوند. برای مثال، اگر اجاره نمی دهید یا قسط خانه ندارید لطفاً دلیل آن را توضیح دهید. اگر با کسی زندگی می کنید، لطفاً از آن شخص (اشخاص) بخواهید یک شرح امضا شده تسلیم کنند که در آن وضعیت زندگی شما را تایید می کند.

لطفاً متوجه این موضوع باشید که تسلیم تقاضانامه تکمیل شده به معنای آن نیست که خدمات ارائه شده واجد شرایط کمک مالی سندرز - ساینای خواهد بود. ملاحظات بخصوصی در بررسی های ما مورد توجه قرار خواهد گرفت. ما فوراً تقاضانامه شما را بررسی کرده و وضعیت آن را به شما اطلاع خواهیم داد.

خط مشی کمک مالی مرکز پزشکی کمک را در اختیار بیمارانی می گذارد که درآمد خانوادگی آنها از 450% سطح فقر فدرال فراتر نمی رود. تعدادی از منابع دیگر فدرال، ایالتی، محلی و خصوصی که هزینه مراقبت افراد کم درآمد را تامین می کنند در دسترس هستند. ما برای عرضه کمک در شناسایی منابعی که ممکن است در مورد وضعیت شما صدق کند در دسترس خواهیم بود.

اگر سئوالی داشتید، لطفاً برای همیاری با نماینده خدمات مشتریان با شماره تلفن 323 866-8600 تماس بگیرید.

ارادتمند،

بخش خدمات مالی بیماران مرکز پزشکی سیدرز - ساینای

(طرف دیگر)

(APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE) درخواست کمک مالی

نام بیمار: _____

شماره حساب یا شماره پرونده پزشکی بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ 4 رقم آخر شماره SS: XX-XXXX

بهترین شماره تلفن برای تماس طی روز: _____ - () _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

نام همسر: _____ 4 رقم آخر شماره SS: XX-XXXX

آیا تابعیت ایالات متحده را دارید؟ بله خیر

اگر خیر، آیا فرد بیگانه مقیم هستید؟ بله خیر

اگر خیر، آیا فرد بیگانه غیر مقیم هستید؟ بله خیر

وضعیت خانوادگی: تمام افراد وابسته که آنها را تأمین می‌کنید را ذکر نمایید (اگر بیش از 4 نفر هستند، از برگه جداگانه‌ای استفاده کنید)

نام	سن	نسبت
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

استخدام و اشتغال

کارفرما: _____ سمت: _____

اگر خوداشتغال هستید، نام کسب و کار: _____

آدرس کارفرما: _____

تلفن: _____ - () _____ برای چه مدت مشغول به کار هستید: _____

کارفرمای همسر: _____ سمت: _____

اگر خوداشتغال هستید، نام کسب و کار: _____

جمع کل	همسر	بیمار	درآمد ماهیانه فعلی
\$	\$	\$	پرداخت ناخالص (حقوق)
\$	\$	\$	درآمد خالص خوداشتغالی
\$	\$	\$	بهره و سود سهام
\$	\$	\$	املاک یا محل اجاره‌ای
\$	\$	\$	سوشال سکيوریتی/بازنشستگی/از کار افتادگی
\$	\$	\$	نقشه، سایر پرداخت‌های حمایتی
\$	\$	\$	غیره
\$	\$	\$	کل درآمد ماهیانه

درخواست کمک مالی (APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE)

جمع کل	همسر	بیمار	هزینه‌های اصلی زندگی
\$	\$	\$	اجاره یا رهن
\$	\$	\$	مالیات ملک
\$	\$	\$	آب و برق و تلفن
\$	\$	\$	نقغه، پرداخت حمایتی
\$	\$	\$	وام خودرو/وام تحصیلی
\$	\$	\$	تحصیل
\$	\$	\$	مدرسه/مهد کودک (افراد خردسال وابسته)
\$	\$	\$	غذا
\$	\$	\$	بیمه (خانه/اتومبیل)
\$	\$	\$	سایر هزینه‌ها
\$	\$	\$	کل هزینه های ماهیانه

جمع کل	همسر	بیمار	بدهی پزشکی فعلی
\$	\$	\$	بدهی پزشکی پرداخت نشده - Cedars-Sinai (Sinai)
\$	\$	\$	سایر بدهی‌های پزشکی
\$	\$	\$	جمع کل بدهی‌های پزشکی

جمع کل	همسر	بیمار	دارایی‌ها (به استثنای حساب‌های بازنشستگی)
\$	\$	\$	سهام و اوراق قرضه
\$	\$	\$	حساب‌های پولی/کارگزاری
\$	\$	\$	گواهی سپرده
\$	\$	\$	جمع کل دارایی‌ها

اینجانب با امضای این درخواست موافقت خود را با این مسئله که Cedars-Sinai وضعیت اشتغال مرا بررسی کرده و درخواست بررسی سابقه اعتبار مرا داشته باشد، موافقت می‌کنم.

_____)
 امضای بیمار) (تاریخ)

_____)
 امضای همسر) (تاریخ)