

Attachment B

پیوست B

Financial Assistance Application

درخواست کمک مالی

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

درخواست کمک مالی

فرم درخواست تکمیل شده و اسناد مالی تأییدکننده درخواستتان را به این آدرس ارسال کنید:

ساعت‌های کاری: روزهای هفته 8 صبح تا 5 عصر
شماره تلفن: 323-866-8600 پرونده 1688
دسترسی 24 ساعته از طریق فکس: 323-866-3077
ایمیل: Patient.Billing@cshs.org

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

برای دریافت کمک مالی باید اسناد مالی تأییدکننده درخواستتان را ارائه کنید

اسناد مالی درخواستی در زیر را ارائه کنید. اگر سندی موجود نباشد یا پیوست نشده باشد، رسیدگی به درخواستتان به تأخیر می‌افتد یا درخواستتان رد می‌شود. اگر نمی‌توانید بعضی اسناد خاص را ارائه کنید، نامه‌ای حاوی توضیحاتتان را ارسال کنید.

اسناد اولیه:

- اسناد تأیید درآمد و درآمد از سایر منابع بجز شغل رسمی (همانطور که در بالا توصیف شده است)
 - چک یا فیش حقوقی از طرف کارفرما برای دو ماه گذشته
 - فیش حقوق بیکاری، سوشال سکيوریتی یا ازکارافتادگی در دو ماه گذشته.
 - برگشت مالیات فدرال
 - اگر اظهارنامه مالیاتی فدرال را پر نکرده‌اید، آخرین W2 یا 1099 را ارائه کنید.
 - اگر به دلیل تأخیر در پر کردن فرم مالیاتی، ناتوانی (ازکار افتادگی) موقتی، یا بیکاری (عدم اشتغال) نمی‌توانید اطلاعات مربوط به برگشت مالیات را ارائه کنید، فرم مالیاتی پرنشده را ارائه کنید. برای دریافت یک نسخه از این فرم می‌توانید با شماره 1-800-908-9946 تماس بگیرید یا به سایت www.irs.gov/individuals/get-transcript مراجعه کنید (از فرم 4506-T یا 4506T-EZ استفاده کنید)
 - صورت حساب بانکی دو ماه گذشته برای همه حساب‌های جاری، پس‌انداز، و حساب‌های اتحادیه اعتباری (لطفاً همه صفحه‌ها را اضافه کنید)
 - تأییدیه کرایه یا رهن
- اسناد تکمیلی/سایر اسناد:

- اسناد تأیید درآمد و درآمد از سایر منابع بجز شغل رسمی:
 - صورت حساب درآمد حاصل از نفقه (کمک مالی)
 - صورت حساب درآمد تجاری
 - صورت حساب درآمد حاصل از کمک مالی به کودکان
- در صورت ازدواج یا داشتن پیوند مدنی (Civil Union): اسناد زیر را درباره همسر/شریک زندگی‌تان ارائه کنید
 - اسناد تأیید درآمد و درآمد از سایر منابع بجز شغل رسمی (همانطور که در بالا توصیف شده است)
 - برگشت مالیات فدرال
 - اگر اظهارنامه مالیاتی فدرال را پر نکرده‌اید، آخرین W2 یا 1099 را ارائه کنید.
 - اگر به دلیل تأخیر در پر کردن فرم مالیاتی، ناتوانی (ازکار افتادگی) موقتی، یا بیکاری (عدم اشتغال) نمی‌توانید اطلاعات مربوط به برگشت مالیات را ارائه کنید، فرم مالیاتی پرنشده را ارائه کنید. برای دریافت یک نسخه از این فرم می‌توانید با شماره 1-800-908-9946 تماس بگیرید یا به سایت www.irs.gov/individuals/get-transcript مراجعه کنید (از فرم 4506-T یا 4506T-EZ استفاده کنید)
- جدیدترین صورت حساب دو ماه گذشته برای همه حساب‌های جاری، پس‌انداز، و حساب‌های اتحادیه اعتباری.

فرم درخواست تکمیل شده:

- فرم درخواست تکمیل شده با تاریخ و امضا

Attachment B (Continued)

بیوست B (ادامه)

اطلاعات بیمار			
نام بیمار		شماره سوشال سکيوریتی	
آدرس منزل		تاریخ تولد	
شماره تلفن منزل		شهر	ایالت
شماره تلفن همراه		آدرس ایمیل	
روش تماس مورد نظر		درآمد سالیانه خانواده: \$	
<input type="checkbox"/> پست ایالات متحده (US Mail) <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تلفن منزل <input type="checkbox"/> تلفن همراه		تعداد اعضای خانواده (بر اساس اطلاعات فرم مالیاتی):	
<input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدانشده		وضعیت اشتغال	
<input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه		<input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ناتوان	
<input type="checkbox"/> بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال:		نام کارفرما	
شماره تلفن		شهر	
آدرس کارفرما		ایالت	کد پستی

اطلاعات همسر/شریک زندگی/والدین/ضامن			
ارتباط		شماره سوشال سکيوریتی	
<input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> شریک زندگی <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> ضامن <input type="checkbox"/> سایر موارد:		تاریخ تولد	
نام		وضعیت اشتغال	
<input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ناتوان		<input type="checkbox"/> بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال:	
نام کارفرما		شماره تلفن	
آدرس کارفرما		شهر	ایالت
کد پستی		نام شرکت بیمه (ارائه شده از طرف کارفرما، از جمله COBRA)	
<input type="checkbox"/> بیمه سلامت ارائه نشده است			

پوشش بیمه			
۱. واجد شرایط هر کدام از بیمه‌های سلامت زیر هستید؟			
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیمه سلامت	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	Medicare	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	Medi-Cal	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> سازمان کهنه سربازان آمریکا	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیمه بین‌المللی	
اگر پاسختان «بله» است لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید.			
شماره سیاست	بیمه‌گذار	مالک سیاست بیمه	
شماره سیاست	بیمه‌گذار	مالک سیاست بیمه	

Attachment B (Continued)

بیوست B (ادامه)

سؤال های گزینشی	
<p>1. آیا درمان ارائه شده مرتبط با موارد زیر است؟</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> تصادف <input type="checkbox"/> جرم <input type="checkbox"/> جراحت در محل کار <input type="checkbox"/> سایر موارد: </p>	<p>2. آیا وکیل گرفته‌اید یا برای پیگیری جراحت یا بیماری‌تان دعوی ارائه کرده‌اید (شکایت کرده‌اید)؟</p> <p>a. اگر پاسختان «بله» است لطفاً این موارد را ارائه کنید:</p>
<p>نام وکیل</p>	<p>شماره تلفن وکیل</p>
<p>3. قبلاً برای Medi-Cal اقدام کرده‌اید؟ (ممکن است درخواست کنیم این کار را انجام دهید)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> بله - در انتظار تأیید <input type="checkbox"/> بله - واجد شرایط نیستم <input type="checkbox"/> نه </p> <p>a. اگر پاسختان «خیر» است، همه مواردی که برایتان صدق می‌کند را علامت بزنید:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 19 ساله یا جوان‌تر هستید <input type="checkbox"/> 65 ساله یا مسن‌تر هستید <input type="checkbox"/> نابینا هستید <input type="checkbox"/> برای کنترل دیابت، فشار خون بالا، یا صرع دارو مصرف می‌کنید <input type="checkbox"/> از نظر سازمان سوشال سکيوریتی ناتوان هستید <input type="checkbox"/> باردار هستید <input type="checkbox"/> فرزند زیر 19 سالتان با شما زندگی می‌کند </p>	

اطلاعات مربوط به هزینه و دارایی

مجموع	همسر	بیمار	درآمد ماهیانه فعلی
\$	\$	\$	ناخالص پرداختی
\$	\$	\$	درآمد خالص از شغل آزاد (خوبش‌فرما)
\$	\$	\$	بهره و سود سهام
\$	\$	\$	املاک یا ملک استیجاری
\$	\$	\$	سوشال سکيوریتی/بازنشستگی/از کار افتادگی
\$	\$	\$	نفقه، پرداخت‌های حمایتی
\$	\$	\$	سایر موارد
\$	\$	\$	مجموع درآمد ماهیانه
مجموع	همسر	بیمار	هزینه‌های ضروری زندگی
\$	\$	\$	رهن یا اجاره
\$	\$	\$	مالیات بر املاک
\$	\$	\$	قبوض شهری و تلفن

Attachment B (Continued)

بیوست B (ادامه)

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION (درخواست کمک مالی)			
مجموع	همسر	بیمار	هزینه‌های ضروری زندگی
\$	\$	\$	نفقه، پرداخت‌های حمایتی
\$	\$	\$	وام خودرو/مبلغ اجاره
\$	\$	\$	تحصیل
\$	\$	\$	مدرسه/مراقبت از فرزندان (افراد صغیر تحت تکفل)
\$	\$	\$	غذا
\$	\$	\$	بیمه
\$	\$	\$	سایر هزینه‌ها
\$	\$	\$	مجموعه هزینه‌های ماهیانه
مجموع	همسر	بیمار	بدهی پزشکی فعلی
\$	\$	\$	بدهی پزشکی معوقه (Cedars-Sinai)
\$	\$	\$	سایر بدهی‌های پزشکی
مجموع	همسر	بیمار	دارایی‌ها (بجز حساب‌های بازنشستگی)
\$	\$	\$	حساب جاری/پس‌انداز/اتحادیه اعتباری
\$	\$	\$	سهام و اوراق بهادار
\$	\$	\$	بازار پول/حساب‌های کارگزاری
\$	\$	\$	گواهی‌های سپرده
\$	\$	\$	کل دارایی‌ها

من گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست تا جایی که اطلاع دارم صحیح و واقعی هستند. من موافق هستم که برای کمک مالی محلی، ایالتی، و فدرال که واجد شرایطش هستم درخواست کنم تا هزینه بیمارستان و صورت حساب‌ها کاهش یابد. من می‌دانم که صحت اطلاعات ارائه شده ممکن است توسط Cedars-Sinai Medical Center و/یا Marina Del Rey Hospital تأیید شود، و من به CSMC/MDRH اجازه می‌دهم برای تأیید صحت اطلاعاتی که در این فرم درخواست وارد کرده‌ام با اشخاص ثالث تماس بگیرد. من می‌دانم که اگر آگاهانه اطلاعات اشتباه وارد کنم، یا در فرم درخواستم موردی اشتباه باشد یا از قلم افتاده باشد، دیگر برای دریافت کمک مالی واجد شرایط نیستم. اگر قبلاً به من کمک مالی شده باشد، این مبلغ در این زمان برگردانده می‌شود و من مسئول بدهی‌های معوقه هستم.

امضای فردی که برای کمک مالی اقدام کرده است _____ تاریخ _____

امضای همسر/شریک زندگی/ضامن _____ تاریخ _____