

Financial Assistance Application

درخواست کمک مالی

فرم درخواست تکمیل شده و اسناد مثبت در خواستتان را به این آدرس ارسال کنید:

ساعات کاری: 4:30 p.m.–8 a.m.
روزهای کاری: دوشنبه تا جمعه
شماره تلفن: 323-866-8600
ایمیل: Patient.Billing@cshs.org

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

درخواست کمک مالی،

شامل فهرست اسناد مثبت ضروری برای درخواست

این فرم درخواست از سازمان برای دریافت کمک مالی «مراقبت خیریه» (Charity Care) یا «پرداخت با تخفیف» (Discount Payment) است. اگر سؤالی دارید با اطلاعات تماس در بالا تماس بگیرید.

برای اینکه مشمول این برنامه‌های کمک مالی شوید، لطفاً این درخواست را تکمیل کنید تا سازمان بتواند صلاحیت شما را برای دریافت «مراقبت خیریه» (مراقبت رایگان) یا «پرداخت با تخفیف» (مراقبت با هزینه کمتر اما نه رایگان) مشخص کند. حتی در صورتی که اقدام کنید ما نمی‌توانیم واجد شرایط بودن شما را تضمین کنیم. بعد از دریافت فرم درخواست تکمیل شده یا اسناد مورد نیاز، پاسخ تأیید/عدم تأیید به صورت کتبی برای همه بیماران ارسال می‌شود.

این خطمشی دربرگیرنده موضوع ارائه مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی در مراکز زیر است: Cedars-Sinai Medical Center، Cedars-Sinai Marina Hospital، Cedars-Sinai Medical Care Foundation ("CSMC")، Huntington Hospital، و پزشکان Huntington Health Physicians و نیز پزشکان عضو هیئت علمی در جایگاه هیئت علمی، CSMCF و پزشکان Health از جمله پزشک‌هایی که توسط گروه‌های پزشکی استخدام می‌شوند که توافق‌نامه خدمات اختصاصی با آنها دارند و پزشکان اورژانس Cedars-Sinai. بیمارانی که قرار است به صورت اختیاری بستری یا به صورت غیر اورژانسی سرپایی درمان شوند و به منظور مراقبت پیگیری پس از ترخیص باید برای کمک مالی ابتدا از طرف Vice President, Finance و Chief Revenue Cycle Officer یا نمایندگان این افراد تأیید شوند. فقط خدماتی که دارای ضرورت پزشکی باشند تأیید می‌شوند.

می‌توانید درخواست تکمیل شده، امضا و تاریخ زده شده را از طریق پست یا ایمیل ارسال کنید.

- فرم درخواست تکمیل شده باید شامل امضای متقاضی به همراه تاریخ باشد.
- هیچ فرجه الزامی برای درخواست وجود ندارد.
- (اگر ازدواج کرده‌اید یا شریک زندگی رسمی دارید یا پیوند مدنی دارید) علاوه بر درخواست، «گواهی درآمد» خود و همسر/شریک زندگی خود را ارائه دهید. این مدرک **فیش حقوقی** (دو ماه اخیر) یا **اظهارنامه مالیاتی فدرال** (سال قبل) خواهد بود.
- عدم ارائه یا پیوست اسناد ممکن است باعث ایجاد تأخیر یا رد شدن درخواست دریافت کمک مالی شود.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر بیمه نیستید و معیارهای واجد شرایط بودن احتمالی Medi-Cal را دارید، نیازی به تکمیل این درخواست نخواهید داشت.

به عنوان یکی از شرایط برخورداری از «مراقبت خیریه»، بیمار موظف است بنا به اقتضا برای دریافت پوشش از برنامه‌های Medi-Cal، County Trauma Program و Healthy Families، و در موارد زیربط، پوشش Covered California درخواست دهد. شرط بالا همچنین برای بیمارانی که خارج از ایالت ساکن هستند و فرم درخواست آنها برای Medicaid در ایالت خودشان ارائه شده است اعمال خواهد شد. قبل از دریافت «پرداخت با تخفیف»، سازمان می‌تواند درخواست کند که بیمار برای واجد شرایط بودن در Medi-Cal غربالگری شود تا بیمار اطلاعاتی درخصوص مزایای Medi-Cal دریافت کند. با این حال، ثبت نام Medi-Cal برای دریافت «پرداخت با تخفیف» مورد نیاز نخواهد بود.

اطلاعات بیمار			
نام بیمار	شماره تأمین اجتماعی	تاریخ تولد	
آدرس منزل	شهر	ایالت	زیپکد

شماره تلفن منزل		شماره تلفن همراه		آدرس ایمیل	
روش تماس موردنظر		درآمد سالیانه خانوار: \$ _____ پست ایالات متحده ☐ ایمیل ☐ تلفن منزل ☐ تلفن همراه ☐			
وضعیت تأهل:		تعداد اعضای خانواده (بر اساس اطلاعات فرم مالیاتی): _____ ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ زندگی جداگانه ☐ مطلقه ☐ بیوه ☐ شریک زندگی			
وضعیت شغلی ☐ شاغل ☐ خویش فرما ☐ بازنشسته ☐ ناتوان ☐ بیکار – تاریخ آخرین زمان اشتغال: _____					
نام کارفرما		شماره تلفن			
آدرس کارفرما		شهر	ایالت	زیپکد	
اطلاعات همسر/شریک زندگی/والدین/ضامن					
نسبت با بیمار ☐ همسر ☐ شریک زندگی ☐ ولی ☐ ضامن ☐ دیگر: _____					
نام		شماره تأمین اجتماعی		تاریخ تولد	
وضعیت اشتغال ☐ شاغل ☐ خویش فرما ☐ بازنشسته ☐ ناتوان ☐ بیکار – تاریخ آخرین زمان اشتغال: _____					
نام کارفرما		شماره تلفن			
آدرس کارفرما		شهر	ایالت	زیپکد	
پوشش بیمه					
واجد شرایط هر کدام از بیمه‌های سلامت زیر هستید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسختان «بله» است، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید:					
بیمه‌گذار		بیمه‌گذار		شماره بیمه‌نامه	
بیمه‌گذار		بیمه‌گذار		شماره بیمه‌نامه	
آیا برای Medi-Cal/Medicaid درخواست داده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسختان «بله» است، لطفاً نتایج آن درخواست را شرح دهید: _____					
آیا برای واجد شرایط بودن در Medi-Cal/Medicaid درخواست داده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسختان «بله» است، لطفاً نتایج آن غربالگری را شرح دهید: _____					
اطلاعات درآمد و هزینه					
درآمد ماهانه (فعلی)		بیمار/ضامن		همسر/شریک زندگی	
ناخالص پرداختی		\$		\$	
\$		\$		\$	
هزینه‌های ضروری زندگی ماهانه		بیمار/ضامن		همسر/شریک زندگی	
اجاره یا رهن		\$		\$	
\$		\$		\$	

مالیات بر املاک	\$	\$	\$
امور نگهداری خانه، تمیزکاری و لوازم خانگی			
قبوض شهری و تلفن	\$	\$	\$
پوشاک و لباس‌شویی			
پزشکی و دندان‌پزشکی			
نقعه/کمک هزینه فرزند	\$	\$	\$
حمل و نقل و اتومبیل (بیمه، سوخت، تعمیرات، اجاره)	\$	\$	\$
تحصیل	\$	\$	\$
مدرسه/مراقبت از فرزندان (افراد صغیر تحت تکفل)	\$	\$	\$
غذا	\$	\$	\$
بیمه	\$	\$	\$
سایر هزینه‌ها	\$	\$	\$
مجموعه هزینه‌های ماهیانه	\$	\$	\$

بدهی پزشکی (فعلی)	بیمار/ضامن	همسر/شریک زندگی	مقدار کل
بدهی معوقه پزشکی در Cedars-Sinai یا Huntington Health	\$	\$	\$
سایر بدهی‌های پزشکی	\$	\$	\$

☐ بله، اینجانب به استفاده از تعیین صلاحیت فرضی برای لحاظ شدن در برنامه «مراقبت‌های خیریه» یا «پرداخت با تخفیف» رضایت می‌دهم،

من گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه‌شده در این فرم درخواست تا جایی که اطلاع دارم صحیح و درست است. 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 «سازمان» تأیید شود، و من به آنها اجازه می‌دهم برای تأیید صحت اطلاعاتی که در این فرم درخواست وارد کرده‌ام با اشخاص ثالث تماس بگیرند. 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، ممکن است در آن مقطع لغو شود و من مسئول بدهی‌های معوقه هستم.

امضای فردی که برای کمک مالی اقدام کرده است _____ تاریخ	امضای همسر/شریک زندگی/ضامن (در صورت امکان) _____ تاریخ
--	--