

کمک مالی دستورالعمل‌های تکمیل فرم درخواست

این فرم، درخواست کمک مالی (که مراقبت خیریه‌ای نیز شناخته می‌شود) از PeaceHealth است.

PeaceHealth مطابق با الزامات ایالتی و فدرال، به افراد و خانواده‌های دارای الزامات درآمدی خاص کمک مالی ارائه می‌کند. ممکن است حتی در صورتی برخوردار از بیمه سلامت، واجد شرایط مراقبت رایگان یا مراقبت با قیمت کاهش یافته بر اساس تعداد افراد خانواده و میزان درآمد خود باشید.

برای مشاهده خط‌مشی کمک مالی PeaceHealth و اطلاعات تکمیلی، لطفاً از وبگاه peacehealth.org بازدید کنید.

کمک مالی چه مواردی را پوشش می‌دهد؟

کمک مالی بیمارستانی بسته به نوع واجد شرایط بودن شما، خدمات بیمارستانی ارائه شده توسط PeaceHealth را پوشش می‌دهد. کمک‌های مالی ممکن است تمام هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله خدمات ارائه شده توسط سایر سازمان‌ها را پوشش ندهد.

در صورت داشتن هرگونه سؤال یا نیاز به کمک در تکمیل این فرم

درخواست: لطفاً با بخش خدمات مشتریان به شماره تلفن 877-202-3597 تماس بگیرید. می‌توانید به هر دلیلی، از جمله ناتوانی و کمک زبانی، کمک دریافت کنید.

برای اینکه درخواستتان بررسی شود، باید:

اطلاعاتی درباره خانواده‌تان در اختیار ما قرار دهید.

تعداد اعضای حاضر در خانوار خود را وارد کنید (خانواده شامل افراد به واسطه تولد، ازدواج یا فرزندانگی است که با هم زندگی می‌کنند)

اطلاعاتی درباره درآمد ناخالص ماهانه خانواده‌تان (درآمد قبل از کسر مالیات و کسورات) در اختیار ما قرار دهید

مدارک مربوط به درآمد خانواده را ارائه دهید.

در صورت نیاز، اطلاعات تکمیلی را پیوست کنید.

فرم را امضا و تاریخ بزنید.

توجه: برای درخواست کمک مالی نیاز نیست شماره تأمین اجتماعی ارائه دهید

اگر شماره تأمین اجتماعی خود را ارائه دهید، به ما در تسریع روند پردازش درخواستتان کمک می‌کند. شماره تأمین اجتماعی برای تأیید اطلاعات ارائه شده به ما استفاده می‌شود. اگر شماره تأمین اجتماعی ندارید، لطفاً «صدق نمی‌کند» یا «NA» را علامت بزنید.

فرم تکمیل شده را همراه با تمام مدارک از طریق ایمیل یا فکس ارسال کنید یا آن را به نشانی زیر بفرستید:

PeaceHealth Patient Financial

CA 90074- 8632, Los Angeles, PO Box 748632, Services

ایمیل: financialassistance@peacehealth.org دورنگار: (360) 729-3047.

حتماً نسخه‌ای برای خود نگه دارید.

برای تحویل حضوری فرم درخواست تکمیل شده خود: برای اطلاع

از نزدیک‌ترین مکان تحویل حضوری، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره

877-202-3597 تماس بگیرید.

ظرف 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست کامل کمک مالی، از جمله مدارک

درآمد، شما را از تصمیم نهایی واجد شرایط بودن و حقوق استیناف، در صورت

وجود، مطلع خواهیم کرد.

با ارسال درخواست کمک مالی، به ما رضایت می‌دهید برای تأیید تعهدات و اطلاعات مالی، استعلامات لازم را انجام دهیم.

هدف ما کمک به شماست. لطفاً درخواست خود را هرچه سریع‌تر ارسال کنید! ممکن است تا زمان دریافت اطلاعات شما، صورت حساب‌هایی دریافت کنید.

فرم درخواست کمک مالی PeaceHealth - محرمانه

لطفاً به تکتک سؤالات پاسخ دهید. اگر صدق نمی‌کند، بنویسید «NA» (غیر مرتبط). در صورت نیاز، صفحات بیشتری پیوست کنید.
لطفاً فرم درخواست تکمیل‌شده را به نشانی PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632 ارسال کنید

شماره ضامن

اطلاعات غربالگری

به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ بله است، زبان ترجیحی خود را ذکر کنید:

بیمار خدمات کمک‌های عمومی دولتی مانند Medicaid، کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)، غذای پایه یا زنان، نوزادان و کودکان (Women, Infants, and Children, WIC) دریافت می‌کند؟ (اختیاری) ☐ بله ☐ خیر

بیمار در حال حاضر بی‌خانمان است؟ ☐ بله ☐ خیر بیمار به مراقبت پزشکی مربوط به حادثه رانندگی یا آسیب ناشی از کار نیاز دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

لطفاً توجه داشته باشید

- حتی در صورت درخواست کمک مالی، نمی‌توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط کمک مالی شوید.
- هنگامی که درخواست خود را ارسال کردید، ممکن است همه اطلاعات را بررسی کنیم و ممکن است اطلاعات اضافی یا اثبات درآمد را درخواست کنیم.

اطلاعات بیمار و متقاضی

نام کوچک بیمار	نام میانی بیمار	نام خانوادگی بیمار
☐ آقا خانم	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی (الزامی نیست)
☐ سایر لطفاً مشخص کنید:	نسبت با بیمار	توجه: برای درخواست کمک مالی، نیاز نیست شماره تأمین اجتماعی ارائه دهید
فرد مسئول پرداخت صورتحساب	تاریخ تولد	شماره (های) تماس اصلی
نشانی پستی	ایالت	کدپستی
شهر		نشانی ایمیل:

وضعیت استخدامی فرد مسئول پرداخت صورتحساب

☐ شاغل تاریخ استخدام:

☐ خود اشتغال ☐ دانشجو ☐ معلول ☐ بازنشسته ☐ بیکار مدت بیکاری: ☐ سایر:

اطلاعات خانواده

نام تمام اعضای خانواده‌تان، از جمله خودتان را ذکر کنید. «خانواده» شامل افرادی است که بواسطه تولد، ازدواج یا فرزندخواندگی با هم زندگی می‌کنند. تعداد اعضای خانواده در صورت نیاز، از صفحات بیشتری استفاده کنید.

نام	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	اگر 18 سال یا بیشتر دارید: نام کارفرما(ها) یا منبع درآمد	اگر 18 سال یا بیشتر دارید: مجموع درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات):	برای کمک مالی نیز درخواست می‌دهید؟

درآمد تمام اعضای بزرگسال خانواده باید اعلام و مدرک آن در فرم درخواست تکمیل‌شده ارائه شود. چند نمونه از منابع درآمد:

- حقوق و دستمزد ■ بیکاری ■ خوداشتغال ■ غرامت کارگران ■ معلولیت ■ درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI) ■ نفقه فرزند/همسر
- برنامه‌های کارآموزی (دانشجویان) ■ حقوق بازنشستگی ■ برداشت از حساب بازنشستگی ■ سایر لطفاً توضیح دهید.

اطلاعات تکمیلی

لطفاً اگر اطلاعات دیگری مانند مشکلات مالی، هزینه‌های پزشکی بیش‌ازحد، درآمد فصلی یا موقت یا ضرر شخصی، درباره وضعیت مالی فعلی شما وجود دارد که می‌خواهید بدانیم، صفحات دیگری پیوست کنید.

توافق‌نامه بیمار

- درک می‌کنم PeaceHealth ممکن است اطلاعات را با بررسی اطلاعات اعتباری و به دست آوردن اطلاعات از منابع دیگر مورد راستی‌آزمایی قرار دهد تا به تعیین واجد شرایط بودن فرد جهت دریافت کمک مالی یا طرح‌های پرداخت کمک کند.
- تأیید می‌کنم اطلاعات بالا بنا بر دانش بنده درست و صحیح است. می‌دانم اگر اطلاعاتی که ارائه می‌دهم نادرست باشد، نتیجه آن باعث رد کمک مالی می‌شود، همچنین مسئولیت پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده بر عهده من خواهد بود و باید آن را بپردازم.
- با ارسال درخواست کمک مالی، به ما رضایت می‌دهید برای تأیید تعهدات و اطلاعات مالی، استعلامات لازم را انجام دهیم.

تاریخ

امضای متقاضی

در صورت داشتن هرگونه پرسش یا نیاز به کمک در تکمیل این فرم درخواست: لطفاً با بخش خدمات مشتریان به شماره 1-877-202-3597 تماس بگیرید. ممکن است به هر دلیلی، از جمله ناتوانی و کمک زبانی، کمک دریافت کنید. برای مشاهده خط‌مشی کمک مالی PeaceHealth و اطلاعات تکمیلی، لطفاً از peacehealth.org بازدید کنید.

لطفاً فرم درخواست تکمیل‌شده را به نشانی PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632 ارسال کنید