

تاریخ: \_\_\_\_\_

حساب(ها): \_\_\_\_\_

بیمار گرامی: \_\_\_\_\_

Enloe Health متعهد است که مساعده مالی را به بیماران بدون بیمه سلامت، و هزینه‌های پزشکی سنگین جهت پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی لازم را به بیماران بیمه‌شده اعطا نماید. با این حال، متوجه هستیم که خدمات درمانی نباید با هزینه‌های پزشکی سنگین، بار فاجعه‌باری را بر دوش بیماران بیمه‌شده و خانواده‌ها تحمیل کنند.

شما اظهار داشته‌اید که پرداخت هزینه خدماتی که به‌تازگی در Enloe Health دریافت کرده‌اید، برای شما دشواری مالی ایجاد می‌کند. مساعده مالی محدود است و خطمشی ما برای تعیین افراد واجد شرایط دریافت آن، ارزیابی درآمد شما در مقایسه با دستورالعمل‌های درآمد فدرال است. اگر بیمه سلامت دارید، معیارهای بیشتری اعمال می‌کنیم که تعیین می‌کنند با توجه به هزینه‌های سنگین پزشکی، واجد شرایط دریافت مساعده مالی به‌طور کامل هستید یا به‌طور نسبی. برای تکمیل ارزیابی‌مان، لازم است که فرم درخواست ضمیمه‌شده را تکمیل کنید و آن را به همراه موارد ذیل تحویل دهید.

#### مستندات لازم:

۱. هر دو طرفاً اظهارنامه مالی محرمانه (ضمیمه‌شده) را تکمیل کنید
۲. یک کپی از هر نامه رد/اظهارنامه از برنامه Medi-Cal را (در صورت وجود) ضمیمه کنید
۳. یک کپی از آخرین اظهارنامه بانکی خود که شامل تمام صفحات اظهارنامه برای حساب‌های جاری و پس‌انداز باشد ضمیمه کنید.
۴. اگر در بازارهای پولی حساب دارید، سهام دارید، یا غیر از محل سکونت اصلی خود از املاک دیگری درآمد کسب می‌کنید، لازم است اظهارنامه هر حساب را نیز مشاهده کنیم.  
**لطفاً توجه داشته باشید:** طرح‌های بازنشستگی واجد شرایط هنگام محاسبه درآمد در نظر گرفته نمی‌شوند.
۵. در صورت اشتغال به کار، لطفاً یک کپی از دو فیش حقوقی آخر هر یک از اعضای خانواده خود را ضمیمه کنید.
۶. اگر وضعیت استخدام به‌طور مداوم نبوده است، لطفاً یک کپی از آخرین اظهارنامه مالیاتی سال آخر را به‌جای فیش‌های حقوقی ارائه دهید.
۷. اگر در حال حاضر شاغل به کار نیستید، لطفاً گواهی بیمه بیکاری، ناتوانی جسمی یا تأمین اجتماعی خود را ارائه دهید.
۸. اگر بیمه‌شده هستید و هزینه‌های پزشکی سنگینی دارید، لطفاً مدرکی دال بر مسئولیت بیمار برای ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی غیر از Enloe Health را ارائه دهید (در صورت وجود).
۹. لطفاً نامه‌ای را ضمیمه کنید که وضعیت مالی شما را توضیح دهد و دلیل عدم توانایی شما در پرداخت صورتحساب‌تان را بیان کند. نامه شخصی شما کمکمان می‌کند وضعیت شما و دلیل نیاز به مساعده مالی را بفهمیم.

**توجه:** اگر نمی‌توانید هیچ‌یک از اطلاعات درخواستی را ارائه کنید، لطفاً دلیل این موضوع را در نامه اظهار دشواری ذکر کنید. اگر درباره موارد لازم سؤالی دارید، لطفاً با نماینده خدمات مشتریان تماس بگیرید.

تمام مستندات باید ظرف دو هفته از تاریخ این نامه دریافت شده باشند، در غیر این صورت ممکن است درخواست شما باطل شود. ما درخواست‌های کامل‌شده را ظرف ۶۰ روز از تاریخ دریافت بررسی خواهیم کرد و شما را از تصمیم خود آگاه خواهیم ساخت.

با احترام،

خدمات مالی بیمار

financialcounselors@enloe.org

۶۳۵۰-۳۳۲-۵۳۰



نام بیمار \_\_\_\_\_  
شماره(های) حساب(ها) \_\_\_\_\_ تاریخ خدمت/خدمات \_\_\_\_\_

**همسر یا شریک عاطفی همخانه**

**طرف مسئول\***

نام _____	نام _____
نشانی _____	نشانی _____
تلفن _____	تلفن _____
شماره تأمین اجتماعی _____	شماره تأمین اجتماعی _____
نام کارفرما _____	نام کارفرما _____
نشانی کارفرما _____	نشانی کارفرما _____
تلفن کارفرما _____	تلفن کارفرما _____

وضعیت تأهل (دور یک مورد خط بکشید): متأهل مجرد طلاق گرفته بیوه غیرمتأهل دارای شریک عاطفی

**اطلاعات خانواده:**

لطفاً نام تمام اشخاصی که با شما زندگی می‌کنند را به علاوه هر کودک ۲۱ ساله یا کوچکتر از آن که با شما زندگی می‌کنند یا نمی‌کنند، ذکر کنید.

نام:	سن:	نسبت ایشان با شما:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

لطف طرف دیگر را هم تکمیل فرمایید.

## خطمشی خدمات اجتماعی و تخفیف (صفحه ۲ از ۲)

### درآمد ماهانه خانوار

درآمد ماهانه ناخالص از حقوق‌های دریافتی: \$ \_\_\_\_\_ درآمد اجاره: \$ \_\_\_\_\_  
مساعده همگانی/کوپن مواد غذایی: \$ \_\_\_\_\_ گرنت: \$ \_\_\_\_\_  
تأمین اجتماعی: \$ \_\_\_\_\_ مزد کارگران: \$ \_\_\_\_\_  
حقوق بیکاری: \$ \_\_\_\_\_ سایر: \$ \_\_\_\_\_  
کم‌هزینه مراقبت از فرزند / نفقه: \$ \_\_\_\_\_  
کل درآمد: \$ \_\_\_\_\_

### دارایی‌های پولی

پس‌اندازها یا بازار پولی: \$ \_\_\_\_\_ ارزش سهام: \$ \_\_\_\_\_  
سود سهام: \$ \_\_\_\_\_ پرداخت سود: \$ \_\_\_\_\_  
املاکی جز محل سکونت: \$ \_\_\_\_\_ IRAها: \$ \_\_\_\_\_  
سایر: \$ \_\_\_\_\_  
کل دارایی‌ها: \$ \_\_\_\_\_

### مخارج

هزینه‌های ماهانه خانه/اجاره: \$ \_\_\_\_\_ پزشکی/دندانپزشکی: \$ \_\_\_\_\_  
بیمه پزشکی حق بیمه: \$ \_\_\_\_\_ حمل‌ونقل: \$ \_\_\_\_\_  
خدمات شهری/تلفن منزل: \$ \_\_\_\_\_ مراقبت از فرزند/شهریه: \$ \_\_\_\_\_  
خوراک/مسکن/اقلام ضروری شخصی: \$ \_\_\_\_\_ سایر: \$ \_\_\_\_\_  
کم‌هزینه مراقبت از فرزند/نفقه: \$ \_\_\_\_\_  
کل مخارج: \$ \_\_\_\_\_

با امضای این فرم، من به Enloe Health اجازه می‌دهم تا تمامی اطلاعات، از جمله گزارش اعتباری، درآمد و دارایی‌های مالی را تأیید کند. من متوجه هستم که ممکن است از من خواسته شود مدارکی دال بر صحت اطلاعات درخواست‌شده ارائه دهم. علاوه بر این، من تصدیق می‌کنم که تمام اظهارات ارائه‌شده در این درخواست، تا جایی که من می‌دانم، صحیح و کامل هستند. اگر مشخص شود که اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام ناقص یا نادرست است، هر گونه تخفیف در صورت حساب من ممکن است لغو شود و ممکن است از من انتظار پرداخت کامل مبلغ را داشته باشند.

اگر از یک شرکت بیمه، غرامت کارگری یا هر شخص ثالثی مبلغی دریافت کنم، موافقت می‌کنم که Enloe Health را از چنین پرداختی مطلع سازم. من درک می‌کنم فارغ از اینکه شخص ثالثی، کل یا بخشی از هزینه خدمات Enloe Health را پرداخت کند، بیمارستان حق خود را برای دریافت مبلغ کامل و اصلی صورت حساب حفظ می‌کند.

تاریخ

امضای بیمار یا قیم قانونی

تاریخ

امضای همسر یا شریک عاطفی همخانه

\*در صورتی که بیمار صغیر باشد، این سند باید توسط قیم قانونی بیمار تکمیل شود.

\*\* سازمان‌های رایگانی برای حمایت از مصرف‌کننده وجود دارند که به شما در درک فرآیند صدور صورت حساب و پرداخت کمک می‌کنند.

برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با Health Consumer Alliance به شماره ۸۸۸-۸۰۴-۳۵۳۶ تماس بگیرید یا به [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org) مراجعه کنید.