درخواست کمک مالی

تاریخ خدمات: _____ **شماره حساب:** _____

نام مریض یا درخواست کننده: _____

آدرس: _____

شهر: _____ایالت: _____ کود پستی:_____

تلیفون:_____وضعیت تاهل:_____

قسمت ذیل باید برای در نظر گرفتن کمک مالی مکمل شود. لطفاً توجه داشته باشید که مریضان بدون بیمه باید قبل از دریافت کمک، با فروشنده واجد شرایط بودن برای بیمه ما، همکاری کنند.

(لیست همسر و اطفال مربوطه خورد تر از 18 ساله که در خانوار زندگی می کنند و تاریخ تولد آنها)

نام	قرابت با مریض	تاریخ تولد	مجموع عایدات ناخالص در مدت 3 ماه قبل از تاریخ خدمات	مجموع عایدات ناخالص در مدت 12 ماه قبل از تاریخ خدمات	نام استخدام کننده منبع عایداتی (اگر محصل هستید اعلام کنید)
	خود				

1. **اگر مجموع عایدات خود را صفر اعلام کرده اید، شما از چه طریقی حمایت دریافت می‌کنید؟** _____
2. در آخرین ملاقات در کدام ایالت سکونت داشتید؟ _____
3. آیا برای MEDICAID یا برای هر نوع کمک دیگر کاونتی، درخواستی داده اید؟ ☐نخیر ☐ بله (تاریخ/ایالت_____)
4. آیا در تاریخ دریافت خدمات بیمه صحی داشتید؟ ☐نخیر ☐ بله (کاپی کارت مربوطه را همراه این درخواست ارائه کنید)
5. آیا تاریخ دریافت خدمات مربوط به یک حادثه واسطه نقلیه بود؟ ☐نخیر ☐ بله (نام بیمه/نمبر ادعا نامه _____)
6. آیا کدامیک از اشخاص خانواده شما حساب جاری یا پس‌انداز دارند؟ ☐نخیر ☐ بله (مقدار_____)
7. آیا کدامیک از اشخاص در خانه شما کدام دارایی دیگری دارد؟ ☐نخیر ☐ بله (نوع/مقدار_____)
8. آیا شما مالک خانه خود هستید یا آن را کرایه کرده اید؟ ☐مالک ☐ کرایی ☐ سایر (_____)

برای دارایی‌های ذکر شده در فوق باید موارد زیر را برای هر عضو خانوار ارائه کنید:

(لطفاً موارد دریافت شده را علامت بزنید)

☐ اشتغال = عایدات 3 یا 12 ماه ☐ کار شخصی = فورمه های تکمیل شده مالیاتی شامل جدول C
☐ بیکاری = نامهٔ امتیاز ☐ حمایت از طفل = اسناد حکم محکمه
☐ تأمین اجتماعی = نامهٔ امتیاز ☐ سایر= مدرک هر نوع عایدات دیگر مثل سود سهام، ریح، عایدات از کرایه
☐ معاش تقاعدی یا از معلولیت= نامهٔ امتیاز ☐ حساب جاری/ پس‌انداز = صورتحساب (استتمنت) 30 روز اخیر برای هر حساب

تصدیق: اینجانب با امضای این اسناد، تأیید می‌کنم که جواب های ذکر شده در این درخواستی صحیح هستند. چنانچه بررسی بعدی درخواست کمک مالی شخص، نشان بدهد که معلوماتی که توسط این شخص ارائه شده، غلط یا متقلّبانه بوده است، ممکن است تصمیم ارائه کمک مالی لغو شود و برای جانب مسئول صورتحساب صادر شود. اینجانب درک میکنم که معلوماتی را که ارائه می‌دهم توسط ارائه دهندهٔ خدمات شفاخانه ای من به روش هایی بشمول استفاده از سازمان‌های راپور دهی کریدیت، مورد بررسی قرار گرفته و همچنین در صورت ضرورت توسط سایر سازمان‌های فدرال و/یا ایالتی بررسی می شود.

امضای مریض: _____ **تاریخ:** _____

امضای درخواست کننده یا نماینده:_____**قرابت:**_____

تاریخ:_____ **(اگر خود مریض نیست)**

درخواست تکمیل شده و مستندات را به این آدرس پست کنید:
دیپارتمنت خدمات عامه صحی Mercy
PO Box 631774
Cincinnati, OH 45263-1774

آخرین اصلاحیه:03/2024