



بیمار گرامی،

راهنمای تکمیل تقاضانامه

در صورتی که مایل به دریافت کمک مالی از طریق «برنامه کمک‌های مالی Services Providence Health» هستید، لطفاً فرم تقاضانامه زیر را تکمیل و برای ما ارسال نمایید. در صورتی که سوال دارید، از طریق تماس با شماره 800-566-5050 می‌توانید آن را با «نماینده کمک‌های مالی» (Financial Assistance Representative) در میان بگذارید.

واجد شرایط بودن

- به منظور اینکه واجد شرایط دریافت کمک مالی محسوب شوید، لطفاً این موارد را در نظر داشته باشید:
- ممکن است درخواست کمک محلی، ایالتی یا فدرال لازم باشد.
 - درآمد خانوار باید تأیید شود. لطفاً مدارک اثبات‌کننده درآمد خانوار را ارائه دهید. (اظهارنامه مالیاتی و/یا ته فیش پرداخت اخیر) در صورتی که درآمد خاصی ندارید، لطفاً یک اظهارنامه ارائه داده و در آن توضیح دهید مخارج مالی شما چگونه تأمین می‌شود.
 - سایر منابع درآمد نیز باید گزارش شود، منابع درآمدی نظیر: کمک‌هزینه مخارج کودک، نفقه، غرامت حوادث حین کار کارگر/کارمند، یارانه‌های عمومی، درآمد حاصل از خوداشتغالی و حقوق بیمه بیکاری.

کمک مالی در این موارد ارائه نمی‌شود:

- موارد شخصی مانند هزینه‌های اشتراک تلویزیون.
- خدماتی که از نظر پزشکی ضروری نیست، مانند عمل‌های زیبایی و همچنین، درمان‌های ناباروری
- خدمات تحت پوشش بیمه سایر شبکه‌های مراقبت بهداشتی.
- اقلام دارویی بدون نسخه.

تعیین کمک مالی صرفاً جهت موارد مراقبتی که این فرم درخواست برای آنها تکمیل می‌شود انجام می‌گیرد.

فرم درخواست تکمیل‌شده و مدارک را به این آدرس پست کنید:

NRSC Financial Assistance Representative
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

فرم درخواست تکمیل‌شده و مدارک را به این شماره فکس کنید:

NRSC Financial Assistance Representative: (317) 583-2753 جهت ارائه به:

در صورتی که سوال دارید، لطفاً دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 1:45 عصر و 2:30 تا 4:00 عصر (منطقه زمانی شرقی) از طریق شماره 800-566-5050 با مرکز خدمات مشتریان ما تماس بگیرید.



فرم درخواست کمک مالی

				اطلاعات بیمار	
(لطفاً پرینت بگیرید) شماره حساب					
شماره تلفن	جنسیت	وضعیت تاهل	تاریخ تولد	نام بیمار:	
آدرس ایمیل:	کد پستی	ایالت	شهر	آدرس:	
تعداد ساعت/هفته	تمام وقت پاره وقت	کارفرما		شماره تأمین اجتماعی:	
شماره تلفن	کد پستی	ایالت	شهر	آدرس کارفرما:	

اطلاعات فرد مسنول					
شماره تلفن	جنسیت	وضعیت تاهل	تاریخ تولد	نام همانند بالا	
آدرس ایمیل	کد پستی	ایالت	آدرس:		
تعداد ساعت/هفته	تمام وقت پاره وقت	کارفرما		شماره تأمین اجتماعی	
شماره تلفن	کد پستی	ایالت	شهر	آدرس کارفرما	

اطلاعات همسر فرد مسنول					
تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی				
شماره تلفن	کد پستی	ایالت	شهر	آدرس:	کارفرمای همسر:

افراد تحت تکلف:					
نسبت	سن	نام	رابطه	سن	نام

ماده	پرداخت	هزینه‌های زندگی ماهیانه	درآمد ناخالص ماهیانه
		رهن/اجاره	درآمد متقاضی
		برق	درآمد همسر متقاضی
		گاز	مزایای تأمین اجتماعی
		تلفن	حقوق مستمری/درآمد بازنشستگی
		آب	حقوق بیکاری
		مواد غذایی	غرامت حوادث حین کار کارگر/کارمند
		اشتراک تلویزیون کابلی	درآمد سود سهام / سود
		هزینه خودرو	هزینه مخارج کودک
		تلفن همراه	نفقه
		بهداشت و مراقبت روزمره	درآمد حاصل از املاک اجاره‌ای
		هزینه مخارج کودک / نفقه	کوپن غذا
		داروهای تجویزی	سایر
		کارت‌های اعتباری:	سایر
		۱.	مجموع درآمد ناخالص:
		۲.	
		۳.	
		سایر صورتحساب‌های پزشک / بیمارستان:	دارایی‌ها
			پول نقد
			حساب پس‌انداز
			حساب جاری
			اوراق بهادار C.D.
			بیمه عمر
			سایر املاک
			سایر
		هزینه بیمه:	خودرو/تولیدکننده و مدل:
		۱. خودرو	سال
		۲. اموال	ارزش
		۳. درمانی / عمر	
		سایر پرداخت‌های وام:	
		۱.	
		۲.	
		سایر پرداخت‌های ماهیانه:	صورت‌های مالی:
		کبری	بیمه عمر
		بیمه عمر	بیمه عمر
		۳.	سایر
		مجموع هزینه‌های ماهیانه:	مجموع ارزش دارایی‌ها:

نظرات:

بدین وسیله تأیید می‌شود اطلاعات فوق بنا بر اطلاعات اینجانب صحیح و کامل می‌باشند. همچنین، به بیمارستان اجازه می‌دهم در صورت صلاحدید، اطلاعات را از سازمان‌های حسابرسی خارجی دریافت نماید.

تقاضانامه کمک مالی PROVIDENCE HEALTH SERVICES

گواهی

امضاء اینجانب در این فرم بمنزله تأیید آن است که تمام اظهارات بنا بر اطلاعات اینجانب صحیح می‌باشند و تمام حقایق مربوط به وضعیت مالی خود را ارائه کرده‌ام. اینجانب متوجه هستم و تأیید می‌کنم که هرگونه جعل دارائی‌های خود که با این درخواست ارتباط دارد، یا هرگونه عدم همکاری با اقدامات تعیین‌کننده واجد شرایط شدن من در برنامه‌هایی که هزینه مراقبت من را پوشش می‌دهد (به عنوان مثال، Medicaid، ادعای آسیب شخصی، غرامت حوادث حین کار کارگر/کارمند) می‌تواند باعث لغو کمک مالی شده و اینجانب مسئول پرداخت هزینه‌های خدمات ارائه‌شده خواهم بود. موافقت می‌کنم به Providence Health Services یا نماینده‌های آن اجازه دهم گزارش اعتبارات من را به منظور پیشبرد اقدامات معقول جهت تأیید تمام اطلاعات ارائه‌شده درخواست و بررسی نمایند.

همچنین، متوجه هستم در صورت برخورداری از شرایط کمک مالی جزئی، اینجانب مسئول پرداخت مقدار باقیمانده صورتحساب خود خواهم بود.

اظهاریه درآمد ناخالص (پیش از اعمال مالیات و کسورات)

مجموع درآمد سالانه خانوار من (مبلغ ستون‌های سالانه همسر و بیمار از سمت دیگر را جمع کنید و مجموع آن را در زیر بنویسید):

اظهاریه عدم برخورداری از درآمد

شرایط زندگی/مالی خود و اینکه چرا برای پرداخت صورتحساب(های) درمانی خود به کمک مالی نیاز دارید را به صورت مختصر شرح دهید.

لطفاً اینجا امضاء کنید:

(تاریخ)

بیمار / قیم