

تاریخ:

Washington Hospital

بخش حسابداری بیمار

2000 Mowry Avenue

Fremont, CA 94538

گرامی شماره _____ حساب: _____

Washington Hospital می‌فهمد که افرادی هستند که درباره خدمات بیمارستانی‌شان به کمک مالی نیاز دارند. من اخیراً حساب شما را بررسی کردم و به این نتیجه رسیدم که شما می‌توانید واجد شرایط برنامه کمک مالی ما باشید. من یک فرم درخواست کمک مالی پیوست کرده‌ام که تکمیل کردن آن برای تعیین واجد شرایط بودن ضروری است. برای پردازش بیشتر درخواست شما، لطفاً مدارک زیر را نیز به من پست کنید. برای پردازش و تعیین واجد شرایط بودن شما، باید هم درخواست و هم این مدارک جانبی را دریافت کنیم.

- یک نسخه امضا شده از اظهارنامه مالیاتی فدرال 1040 سال 2025 شما (شامل فرم‌های W-2)
- کپی فیش‌های حقوقی 6 ماه گذشته
- کپی گواهینامه رانندگی، گذرنامه یا کارت شناسایی تاییدکننده دیگر
- تحویل این نامه امضا شده و تاریخ‌دار به همراه مدارک درخواستی

اگر نمی‌توانید مدارک بالا را ارائه کنید، لطفاً نامه‌ای بنویسید و توضیح دهید که چرا مدارک لازم ارائه نشده‌اند. پس از دریافت مدارک مربوطه، تا زمان تصمیم‌گیری نهایی، هرگونه فعالیت وصول در حساب شما متوقف خواهد شد. لطفاً توجه داشته باشید که تایید یا رد درخواست شما ممکن است 6 تا 12 ماه طول بکشد. اگر ظرف 60 روز از تاریخ این نامه مدارک درخواستی دریافت نشوند، همه فعالیت‌های مربوط به وصول از سر گرفته خواهند شد.

با توجه به مجازات شهادت دروغ، اعلام می‌کنم که همه اطلاعات ارائه شده تا حد دانش و باور من درست و دقیق هستند. برای درستی همه اسناد مالی درخواستی، از جمله اظهارنامه مالیاتی فدرال، این امضا از نظر قانونی الزام‌آور خواهد بود.

امضا: _____ تاریخ: _____

اگر پرسشی دارید، لطفاً با شماره 510-818-8645 مستقیماً با من تماس بگیرید.

با احترام،

میشله توماس

هماهنگ‌کننده کمک مالی

H.A.: تاریخ مقرر M.Cal	تاریخ خدمات:
موجودی: \$	NPC

درخواست کمک مالی

لطفا به همه پرسش‌ها پاسخ دهید. اگر شامل نمی‌شود، لطفا بنویسید "شامل نمی‌شود".

فقط برای استفاده اداری

1. شماره حساب بیمار	2. شماره پرونده پزشکی بیمار
---------------------	-----------------------------

بخش 1

3. نام بیمار		
4. تاریخ تولد		5. شماره تامین اجتماعی
6. آدرس خیابان/شماره آپارتمان		
شهر	ایالت	زیپکد
شماره تلفن		شماره تلفن
7. شماره گواهینامه رانندگی		

8. a. آیا برای Medi-Cal یا AFDC درخواست داده‌اید؟		☐ بله ☐ خیر
اگر بله، تاریخ درخواست:		
اگر بله، نام کارمند:		

b. یک درخواست در دست بررسی دارید؟		☐ بله ☐ خیر
c. درخواست شما رد شده است؟		☐ بله ☐ خیر
9. زیر 21 سال هستید؟		☐ بله ☐ خیر
10. 65 ساله یا بالاتر هستید؟		☐ بله ☐ خیر
11. آیا شما از نظر قانونی نابینا هستید؟		☐ بله ☐ خیر
12. باردار هستید؟		☐ بله ☐ خیر
13. اکنون نمی‌توانید کار کنید یا فکر می‌کنید یک سال یا بیشتر نخواهید توانست کار کنید؟		☐ بله ☐ خیر
14. در خانه‌تان فرزند خردسال زیر 21 سال دارید؟		☐ بله ☐ خیر
15. دانش‌آموز هستید؟		☐ بله ☐ خیر
16. Medicare دارید؟		☐ بله ☐ خیر
17. در یک مرکز مراقبت می‌کنید؟		☐ بله ☐ خیر
18. بیمه سلامت دارید؟		☐ بله ☐ خیر
19. کهنه سرباز یا تحت تکفل یک کهنه سرباز هستید؟		☐ بله ☐ خیر
a. CHAMPUS دارید؟		☐ بله ☐ خیر
b. CHAMP/VA دارید؟		☐ بله ☐ خیر

بخش 2 (دارایی‌ها/بودجه)

20. موجودی کنونی حساب پس‌انداز شما چیست؟ \$			
21. موجودی کنونی حساب جاری شما چیست؟ \$			
22. سایر دارایی‌ها (اگر نیست، لطفاً خالی بگذارید)	بله	خیر	ارزش
ملک اجاره‌ای			\$
دارایی‌های دیگر			\$
دارایی‌های دیگر			\$
درآمد ماهانه	مقدار	منبع درآمد (کار، SSI و غیره)	
23. خودتان	\$		
24. همسر	\$		
25. سایر	\$		
سایر	\$		
26. کل درآمد ناخالص (پیش از کسر مالیات) \$			
27. اگر درآمدی ندارید، هزینه‌هایتان را چگونه تامین می‌کنید؟			
28. تنها زندگی می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر			
29. نوع محل سکونت			
خانه	آپارتمان	سرپناه	سایر
30. در اظهارنامه مالیات بر درآمدتان، از جمله درآمد خودتان، حق استفاده از چند معافیت را دارید؟			

با توجه به مجازات شهادت دروغ، اعلام می‌کنم که همه اطلاعات ارائه شده تا حد دانش و باور من درست و دقیق هستند. من می‌پذیریم که هرگونه تغییر در شرایط مالی‌ام را به این بیمارستان اطلاع دهم و در صورت درخواست، اطلاعات تاییدکننده وضعیت واجد شرایط بودنم را ارائه کنم. این اطلاعات ممکن است به پزشک شما ارائه شود.

امضاء	تاریخ
عضو	تاریخ
مصاحبه‌کننده	تاریخ
توضیحات	

لطفاً توجه داشته باشید که صورتحساب هزینه‌های خدمات پزشک اورژانس، آسیب‌شناس، رادیولوژی و پزشک هماهنگ‌کننده به صورت جدا از هزینه‌های بیمارستان صادر می‌شود. این درخواست، فقط هزینه‌های بیمارستان را پوشش می‌دهد.

فقط برای استفاده اداری

32. آیا بیمار شرایط سطح درآمد نیازمندان کمک مالی را دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

تایید شده برای کمک مالی

تاریخ

امضاء