

کمک مالی

فرم درخواست

مهم: ممکن است بتوانید مراقبت رایگان یا باتخفیف دریافت کنید: تکمیل این درخواست به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکت‌های وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** کمک می‌کند که تشخیص دهند آیا می‌توانید خدمات رایگان یا با تخفیف یا سایر برنامه‌های عمومی را دریافت کنید که می‌تواند به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامت شما کمک کند. لطفاً این درخواست را به نشانی نوشته‌شده در نامه پوششی ارسال کنید.

اگر بیمه ندارید، لازم نیست جهت تأیید صلاحیت برای مراقبت رایگان یا دارای تخفیف، شماره تأمین اجتماعی ارائه دهید. با این حال، برای برخی برنامه‌های عمومی از جمله **Medicaid**، ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی است. ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست، اما به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکت‌های وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** کمک می‌کند تا تشخیص دهند که آیا شما واجد شرایط برنامه‌های عمومی هستید یا خیر. برای هر کدام از سوالات درخواست که علامت «اختیاری» دارد، پاسخ شما (یا عدم پاسخدهی) هیچ تأثیری بر نتیجه درخواست نخواهد داشت.

لطفاً این فرم را تکمیل کرده و آن را به صورت حضوری، از طریق پست، از طریق پست الکترونیک، یا فکس به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکت‌های وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** ارسال کنید تا در اسرع وقت پس از تاریخ خدمات، برای مراقبت رایگان یا باتخفیف درخواست کنید. درخواست شما را تا حداکثر ۲۴۰ روز پس از صدور اولین صورتحساب مراقبت‌هایتان خواهیم پذیرفت. با ارسال این درخواست، شما تصدیق می‌کنید که با حسن نیت تلاش کرده‌اید تا تمام اطلاعات درخواست‌شده در درخواست را برای کمک به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکت‌های وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** در تعیین اینکه آیا بیمار واجد شرایط کمک مالی هستید یا خیر، ارائه دهید. اگر سؤالی در مورد روند درخواست دارید، می‌توانید برای مطرح کردن سوالات یا نگرانی‌ها با سیستم بهداشت **Alexian Brothers**، بخش مشاوره مالی شرکت‌های وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** با شماره تلفن 7581-272-833 تماس بگیرید.

می‌توانید شکایات یا نگرانی‌های بیمار از بیمه‌شده در خصوص روند درخواست تخفیف یا روند کمک مالی بیمارستان را به **Health Care Bureau of the Illinois Attorney General** (دفتر مراقبت‌های بهداشتی دادستان کل ایلینوی) گزارش کنید. خط تلفن امداد رایگان اداره مراقبت‌های بهداشتی 5145-305-877-1 (تله‌تایپ 3013-964-800-1) است.

اطلاعات بیمار

(لطفاً آن را چاپ کنید و حتماً همه فیلدها را تکمیل کنید. اگر هر کدام از موارد درخواست مرتبط نبود، جلوی آن کلمه «ناموجود» را بنویسید)

تاریخ _____ شماره حساب _____

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____

اختیاری - هویت جنسیتی - جنسیت خود را چه می‌دانید: مرد زن مرد ترانجسیتی/مرد ترنس/زن-به‌مرد (FTM) زن ترانجسیتی/زن ترنس/مرد-به‌زن (MTF)

غیردوگانه/جنسیت منحصرأ مرد یا زن در نظر گرفته نمی‌شود دسته‌بندی جنسیت دیگر (با موارد دیگر)

اختیاری - هویت جنسیتی: از ابتدا چه جنسیتی در شناسنامه شما نوشته شده است: مرد زن

اختیاری - نژاد: سفیدپوست سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هندی آسیایی چینی فیلیپینی ژاپنی کره‌ای ویتنامی

سایر آسیایی‌ها بومی هاوایی گوامانی یا جامورو ساموآ سایر ساکنان جزیره اقیانوس آرام

اختیاری - قومیت: هیسپانیک، فرد لاتین‌تبار/الف یا اسپانیایی‌تبار مکزیکی، آمریکایی مکزیکی‌تبار، چیکانو/الف پورتوریکویی

کوبایی هیسپانیک‌تبار، لاتین‌تبار/الف یا اسپانیایی‌تبار

اختیاری - زبان - آیا در خانه به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنید؟: بله خیر

اگر بله، چه زبانی؟: _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

اختیاری - شماره تأمین اجتماعی _____

کارفرما _____ وضعیت استخدامی _____

شماره تلفن کارفرما _____

اطلاعات طرف مسئول / اطلاعات سرپرست قانونی

(اگر بیمار بالا همان طرف مسئول است، این بخش را خالی بگذارید.)

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تاهل _____ شماره تلفن _____

آدرس پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدامی _____

اطلاعات همسر طرف مسئول

(اگر بیمار همان طرف مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تاهل _____ شماره تلفن _____

آدرس پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدامی _____

شماره تلفن کارفرما _____

افراد تحت تکفل فرد مسئول

(اگر بیمار همان فرد مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____

تعداد بزرگسالان و کودکان موجود در خانوار _____

درآمد ماهانه

(برای همه موارد فهرست شده در زیر مبلغ را به دلار وارد کنید. مبلغ ماهانه را برای هر مورد ارائه دهید.)

درآمد کسب شده متقاضی _____ حمایت دریافتی کودک _____

درآمد همسر متقاضی _____ نفقه دریافتی _____

مزایای تأمین اجتماعی _____ درآمد ملک اجاره‌ای _____

حقوق بازنشستگی/درآمد بازنشستگی _____ کوپن‌های غذایی _____

درآمد از کارافتادگی _____ توزیع وجوه امانی دریافتی _____

غرامت بیکاری _____ سایر درآمدها _____

غرامت کارگر _____ مجموع درآمد ناخالص ماهانه _____

بهره/سود سهام _____

هزینه‌های زندگی ماهانه

بیمارانی که احتمالاً واجد شرایط کمک مالی هستند، همان‌طور که در خط‌مشی کمک مالی Ascension Illinois توضیح داده شده است، نیازی به تکمیل این بخش ندارند.

| | | | |
|-------|-----------------------------|-------|------------------------------------|
| _____ | نقشه/حمایت از کودک | _____ | رهن/اجاره |
| _____ | کارت‌های اعتباری | _____ | خدمات رفاهی |
| _____ | صورتحساب‌های پزشک/بیمارستان | _____ | تلفن (خط ثابت) |
| _____ | بیمه ماشین/خودرو | _____ | تلفن همراه |
| _____ | بیمه خانه/اموال | _____ | خواربار/مواد غذایی |
| _____ | بیمه درمانی/سلامت | _____ | تلویزیون کابلی/اینترنتی/ماهواره‌ای |
| _____ | بیمه عمر | _____ | پرداخت برای خودرو |
| _____ | سایر هزینه‌های ماهانه | _____ | مراقبت از کودک |
| _____ | مجموع هزینه‌های ماهانه | | |

دارایی‌ها

_____ حساب‌های نقدی/پس‌انداز/جاری

_____ سهام/اوراق قرضه/سرمایه‌گذاری‌ها/اوراق مبادله نکول اعتباری

_____ سایر املاک و مستغلات/اقامت‌گاه دوم

_____ قایق/ماشین کاروان/موتورسیکلت/وسيله‌نقلیه تفریحی

_____ خودروهای کلکسیونی/خودروهای غیر ضروری

_____ پس‌انداز برای سلامت/وسيله‌نقلیه با حساب خرجکرد انعطاف‌پذیر

من به سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکت‌های وابسته به d/b/a Ascension Illinois اجازه می‌دهم اطلاعاتی را از آژانس‌های گزارش‌دهی اعتباری خارجی دریافت کنند. با آگاهی کامل، تأیید می‌کنم که اطلاعات نوشته‌شده در این درخواست صحیح و درست است. برای هرگونه کمک ایالتی، فدرالی یا محلی که شاید برای آن واجد شرایط باشم درخواست می‌دهم تا به پرداخت صورتحساب‌های پزشکی من کمک شود. من درک می‌کنم که این اطلاعات ارائه‌شده ممکن است توسط سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکت‌های وابسته به d/b/a Ascension Illinois تأیید شود، و من به سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکت‌های وابسته به d/b/a Ascension Illinois اجازه می‌دهم تا با اشخاص ثالث تماس بگیرد تا صحت اطلاعات ارائه‌شده در این درخواست را تأیید کند. می‌دانم که اگر آگاهانه اطلاعات نادرستی در این درخواست ارائه دهم، فاقد صلاحیت برای دریافت کمک مالی در نظر گرفته خواهم شد، ممکن است کمک مالی اعطاشده به من لغو شود و مسئولیت پرداخت صورتحساب(ها) بر عهده من خواهد بود.

_____ امضای متقاضی

_____ تاریخ

نظرات

نامه حامی مالی

شماره پرونده پزشکی بیمار / شماره حساب _____

نام حامی مالی _____

نسبت با بیمار / متقاضی _____

آدرس حامی مالی _____

خطاب به Ascension Illinois:

این نامه برای آگاهی‌رسانی در این مورد است که (نام بیمار) _____ درآمدی ندارد یا درآمد کمی دارد و من برای پرداخت مخارج زندگی به او کمک می‌کنم. او تعهد کمی نسبت به من دارد یا تعهدی ندارد.

با امضا کردن این اظهاریه، موافقت می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده تا جایی که می‌دانم صحیح است.

امضای حامی _____

تاریخ _____

بیمار/متقاضی گرامی،

سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکت‌های وابسته به d/b/a Ascension Illinois بر مبنای شفقت است و متعهد به ارائه مراقبت‌های شخصی برای همه - به ویژه کسانی که بیشتر نیاز دارند، می‌باشد. ارائه کمک مالی به بیماران، مأموریت و افتخار ماست. کمک مالی فقط برای خدمات اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی در دسترس است. از شما متشکریم که به ما اعتماد دارید تا از شما و خانواده‌تان برای نیازهای بهداشتی خود مراقبت کنیم.

این نامه و درخواست کمک مالی ضمیمه‌شده را به دلیل دریافت درخواست شما ارسال می‌کنیم. اگر این درخواست را ارائه نکرده‌اید، لطفاً آن را نادیده بگیرید. قبل از برگرداندن درخواست، لطفاً هر دو سمت را تکمیل کنید و امضای خود و تاریخ را درج کنید. اگر در شش ماه گذشته درخواستی را تکمیل کرده‌اید و برای کمک مالی تأیید شده‌اید، لطفاً به ما اطلاع دهید. ممکن است نیازی نباشد که درخواست جدید تکمیل کنید. درخواست‌های پیشین را که بیشتر از شش ماه از آن‌ها گذشته باشد بررسی نخواهیم کرد.

لطفاً به همراه درخواست، نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به عنوان گواهی درآمد ارائه دهید. اگر متأهل هستید یا به مدت ۶ ماه یا بیشتر با شریکتان زندگی کرده‌اید، برای اینکه درخواست پردازش شود، باید آن فرد نیز نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به عنوان گواهی درآمد خود ارائه دهد.

- نسخه‌ای از ۳ فیش حقوقی اخیر از سوی کارفرما
- کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی سالانه (اگر خوداشتغال هستید، همه برنامه‌ها را اضافه کنید)
- نامه اعطای حقوق بازنشستگی و/یا تأمین اجتماعی
- آخرین اظهارنامه مالیاتی سالانه ولی یا سرپرست، در صورتی که متقاضی یکی از افراد تحت تکفل ذکر شده در فرم مالیاتی ولی یا سرپرست است و سن او کمتر از ۲۵ سال است
- سایر مدارک اعتبارسنجی درآمد
- نسخه‌هایی از صورتحساب بانکی ۳ ماه گذشته
- نسخه‌ای از رسید مزایای بیکاری

اگر از اعضای خانواده یا دوستان کمک دریافت می‌کنید یا با آن‌ها در یک خانه زندگی می‌کنید، لطفاً از آن‌ها بخواهید فرم ضمیمه‌شده با برچسب «نامه حمایت مالی» را تکمیل کنند. شخص با تکمیل این فرم هیچ مسئولیتی نسبت به پرداخت صورتحساب پزشکی شما پیدا نمی‌کند. این کار به تشخیص اینکه چگونه می‌توانید از عهده مخارج زندگی برآید کمک می‌کند. اگر کمکی از خانواده و دوستان دریافت نمی‌کنید، لازم نیست فرم «نامه حمایت مالی» را تکمیل کنید.

در نهایت، لطفاً گواهی هزینه‌های پزشکی و دارو/داروخانه پرداخت‌نشده ماهانه را نیز ارائه کنید.

لطفاً توجه داشته باشید برای اینکه درخواست را بررسی کنیم، باید درخواست تکمیل شده به همراه گواهی درآمد را دریافت نماییم. نمی‌توانیم درخواست‌هایی که تکمیل نشده را پردازش و بررسی کنیم.

لطفاً به‌خاطر داشته باشید که برقراری ارتباط با ایمیل از طریق اینترنت ایمن نیست. ممکن است اطلاعاتی که در ایمیل لحاظ می‌کنید رهگیری شود و افراد دیگری به‌غیر از مخاطب مورد نظر آن را بخوانند، هرچند غیرمحمّل است.

می‌خواهیم از اطلاعات شخصی شما محافظت کنیم و مطمئن شویم ایمنی آن حفظ می‌شود. از آنجایی که درخواست حاوی شماره تأمین اجتماعی و دیگر اطلاعات خصوصی شما است، تأکید می‌کنیم آن‌ها را با ایمیل ارسال نکنید.

لطفاً درخواست تکمیل شده را چاپ کنید و به نشانی زیر ارسال کنید:

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

اگر سؤالی درباره این درخواست دارید، لطفاً از طریق این شماره با یکی از «نمایندگان بیمار» ما تماس بگیرید: به شماره 7581-272-833 تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیمار
Ascension Illinois