

نام بیمار:

شماره حساب:

از اینکه برای Community Medical Centers فرصتی فراهم کردید تا در خدمت نیازهای بهداشتی درمانی شما باشد سپاس گزاریم.

«فرم درخواست کمک مالی» برای تعیین احتمال مضیقه مالی ضمیمه شده است. اگر مایل به ثبت درخواست هستید، لطفاً این تقاضانامه را کامل کرده و آن را ظرف (15) پانزده روز کاری آینده به ما تحویل دهید. لطفاً یک رونوشت از مدارک زیر همراه درخواست خود ضمیمه کنید:

مدرک نشانگر درآمد کل اعضای حاضر در خانواده:

1. سه (3) فیش حقوقی اخیر، فرم W-2 یا آخرین اظهارنامه مالیاتی تنظیم شده یا
2. اگر به شغل آزاد اشتغال دارید، آخرین اظهارنامه مالیاتی تنظیم شده (از جمله برنامه C) یا
3. اگر بیکار هستید، اظهارنامه مزایای غرامت بیکاری یا
4. اظهارنامه بازنشستگی/مستمری (در صورتی که مصداق دارد) یا
5. در صورت دریافت کمک‌های عمومی، لطفاً مدرک نشانگر واجد شرایط بودن/ثبت نام کنونی در برنامه‌های دولتی زیر را ارائه دهید: برنامه پس‌انداز Medicare، Cal WORKS، Cal Fresh (کوپن‌های غذایی)، SSI/SSP (درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی/کمک هزینه تکمیلی ایالتی) یا WIC (زنان، نوزادان و کودکان)

بیمارانی که بیمه پزشکی دارند نیز باید مدارکی ارائه دهند که نشان دهد 10% درآمد خانواده برای هزینه‌های پزشکی در 12 ماه گذشته پرداخت شده یا باید پرداخت شود. تمام موجودی‌های جاری، صورت حساب‌های پزشکی/رسیدها، و حق بیمه‌های داروخانه‌ای و پزشکی را می‌توان در محاسبه این 10% اعمال کرد.

Community Medical Centers متعهد به خدمت‌رسانی به جامعه ما هستند. از اینکه در زمان نیازمندی توانسته‌ایم به شما کمک دهیم خوشحال هستیم.

اگر پیرامون این حساب، یا درباره مدارک لازم سوالی دارید، لطفاً با ما به شماره (559) 459-3939 یا (800) 773-2223 (گزینه شماره 3 تماس بگیرید. درخواست کامل نشده قابل پردازش نیست.

فرم درخواست را به همراه مدارک تکمیل شده و امضا شده به نشانی زیر پست کنید یا با فکس به شماره (559) 230-8505 ارسال نمایید:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

تاریخ ارائه/پست فرم _____ بازگشت فرم توسط

فرم درخواست کمک مالی CMC

شماره حساب بیمار	نام بیمار
شماره سوابق پزشکی	

I. بیمار / طرف مسئول	
نام خانوادگی	نام نام میانی
نشانی	شماره تأمین اجتماعی
	تلفن منزل
	تلفن همراه
نام کارفرما	تلفن محل کار
	درآمد ناخالص ماهانه به دلار

II. همسر / شریک زندگی	
نام خانوادگی	نام نام میانی
نشانی	شماره تأمین اجتماعی
	تلفن منزل
	تلفن همراه
نام کارفرما	تلفن محل کار
	درآمد ناخالص ماهانه به دلار

III. اطلاعات خانوار		
همسر، شریک زندگی، کودکان تحت تکفل زیر 21 سال را فهرستوار ذکر کنید. اگر بیمار صغیر باشد، تمام والدین، خویشاوندان مراقب و (خواهران و برادران زیر 21 سال) را فهرستوار ذکر کنید		
نام	تاریخ تولد	نسبت
کل افراد خانوار:		

.IV درآمد ناخالص ماهانه	
درآمد ماهانه بیمار / طرف مسئول	به دلار
درآمد ماهانه همسر / شریک زندگی (در صورتی که مصداق دارد)	به دلار
درآمد بازنشستگی	به دلار
نفقه/پرداخت‌های حمایتی دریافت شده	به دلار
غرامت بیکاری یا کارگری	به دلار
مستمری تأمین اجتماعی / مستمری از کارافتادگی تأمین اجتماعی	به دلار
درآمد متفرقه	به دلار
اگر نفقه / پرداخت‌های حمایتی پرداخت شده است، از اینجا کسر شود	- به دلار
جمع درآمد ناخالص ماهانه	= به دلار

.V اطلاعات متفرقه		
بله	خیر	
		آیا سن شما بالای 18 سال است و در اظهارنامه مالیات بر درآمد والدین‌تان خود را به‌عنوان فرد تحت تکفل معرفی کرده‌اید؟
		آیا در موارد زیر ثبت‌نام کرده‌اید: برنامه پس‌انداز Cal Fresh، Cal WORKS، Medicare (کوپن‌های غذایی)، SSI/SSP (درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی/کمک‌هزینه تکمیلی ایالتی) یا WIC (زنان، نوزادان و کودکان)؟
		آیا بیمه سلامت دارید؟
		آیا این ویژگی‌ها به‌خاطر حادثه‌ای از طرف شخص ثالث، نظیر تصادف رانندگی یا سُر خوردن و زمین خوردن صورت گرفته است؟
		آیا برای Medi-Cal یا Medicare درخواست داده‌اید؟
		آیا برای Covered California درخواست داده‌اید؟

درخواست‌های ناقص یا جعلی رد خواهند شد

بدین‌وسیله طی تکمیل این صورت وضعیت مالی تصدیق می‌نمایم که اظهارات فوق صحیح و کامل است و می‌پذیرم اقدامات دیگری در راستای صحت‌سنجی این اطلاعات توسط COMMUNITY MEDICAL CENTERS صورت گیرد.

امضا: _____

نام با حروف بزرگ: _____

تاریخ: _____

نسبت اگر کسی غیر از خود بیمار است: _____

درخواست و مدارک تکمیل‌شده را به نشانی زیر پست کنید یا با فکس به شماره 8505-230 (559) ارسال کنید:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889