

شماره حساب بیمار

اطلاعات بیمار

نام خانوادگی بیمار	نام بیمار	نام میانی بیمار
شماره تامین اجتماعی	شماره تلفن	تاریخ تولد
نام خانوادگی ضامن (در صورت تفاوت)	نام ضامن	نام میانی ضامن
خیابان	شهر	زیپکد ایالت
شماره تامین اجتماعی	شماره تلفن	تاریخ تولد
آیا استخدام هستید	بله خیر	آیا بیمه درمانی دارید؟ بله خیر

اطلاعات همسر/شریک زندگی

نام خانوادگی بیمار	نام بیمار	نام میانی بیمار
خیابان	شهر	زیپکد ایالت
شماره تامین اجتماعی	شماره تلفن	تاریخ تولد
آیا استخدام هستید	بله خیر	آیا بیمه درمانی دارید؟ بله خیر

چند نفر تحت تکفل شما هستند؟

خودتان را نیز حساب کنید. باید برای اثبات تعداد نفرات تحت تکفل خود در اظهارنامه مالیاتی فدرال سند ارائه دهید)

منابع درآمد شما چیست (لطفاً برای تمام مواردی که مصداق دارد، درآمد ماهانه یا سالانه خود را مشخص کنید):

ماهانه	سالانه	ماهانه	سالانه	
\$	\$	\$	\$	درآمد شغلی
\$	\$	\$	\$	درآمد شغلی همسر
\$	\$	\$	\$	درآمد کسب و کار
\$	\$	\$	\$	درآمد اجاره
\$	\$	\$	\$	کل درآمد:

نکته: اگر دانشجوی دریافت کننده مساعدت مالی هستید، لطفاً یک نسخه یا نامه تاییدیه مساعدت مالی دانشگاه و/یا اطلاعات وام دانشجویی به همراه تقاضانامه خود ارائه کنید.
نکته: پس از دریافت تقاضانامه، گزارش اعتبار پردازش خواهد شد (ممکن است شامل همسر نیز باشد)

امضای بیمار/نماینده قانونی:
تاریخ:

الزامی: [] فرم مالیاتی سال گذشته (نسخه کامل) [] نامه طرح مشکلات

در صورتی که قادر به ارائه فرم های مالیاتی نیستید، می توانید مدارک ضمیمه را ارائه دهید:

[] فیش حقوقی 2 ماه اخیر [] از کار افتادگی [] بیکاری

بر آوردکننده برنامه پرداخت: در شرایطی که واجد شرایط مساعدت مالی جزئی باشید، ارائه اطلاعات زیر کمک می کند تا برنامه پرداخت معقولی در مورد باقی مانده حساب شما پیاده شود.

اجاره/هزینه های خانه	خدمات رفاهی
مواد غذایی	پوشاک
هزینه های پزشکی/دندانپزشکی	مدرسه/مراقبت از کودک
نقشه فرزند/همسر	هزینه های حمل و نقل/خودرو

نکته: برنامه پرداخت معقول به معنای پرداخت های ماهانه ای است که بیش از 10% درآمد خانواده شما، به استثنای کسورات و هزینه های فوق الذکر، نخواهد بود.

(بدون اطلاعات فوق، رسیدگی به تقاضانامه امکان پذیر نیست.)

لطفاً ظرف 10 روز این تقاضانامه را به همراه تمام مدارک لازم ارسال کنید

بیمارستان هانتینگتون (Huntington Hospital) متعهد به ارائه خدمات درمانی به بیماران بوده و به نیازهای مالی افرادی که در پرداخت هزینه‌های درمانی خود ناتوان هستند همواره توجه دارد. در این راستا، بیمارستان هانتینگتون به بیماران واجد شرایطی که درمان اورژانسی یا پزشکی لازم را دریافت می‌کنند مساعدت مالی ارائه می‌دهد. بیماران ملزم به تکمیل تقاضانامه و ارائه برخی مدارک تایید صحت هستند و باید واجد شرایط زیر باشند. این سیاست به جز بیمارستان هانتینگتون، هیچ خدمات‌دهنده دیگری را تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

چه کسی واجد شرایط مساعدت مالی است؟

برنامه ما به حمایت از بیماران کم‌درآمد، فاقد بیمه یا با پوشش بیمه‌ای ناکافی می‌پردازد که برای پرداخت همه یا بخشی از هزینه‌های درمانی خود نیاز به کمک دارند. بیماران زمانی واجد شرایط مساعدت مالی هستند که درآمد خانوار آنها برابر یا کمتر از 350٪ از میزان مشخص شده در دستورالعمل‌های فدرال فقر (FPG) باشد. ممکن است نیاز به ارائه اطلاعات تکمیلی باشد و در نهایت این اطلاعات بر تصمیم بیمارستان تاثیر بگذارد.

بیماران واجد شرایط مساعدت مالی بیش از مبلغی نخواهد بود که معمولاً بابت درمان اورژانسی یا سایر هزینه‌های پزشکی ضروری برای بیماران دارای بیمه صورت حساب (AGB) می‌شود. (صورت حساب معمول (AGB) طبق IRS Section 501(r) تعریف می‌شود). به ضمیمه A سیاست مساعدت مالی مراجعه کنید.

برنامه چه چیزهایی را تحت پوشش قرار می‌دهد؟

برنامه مساعدت مالی هزینه‌های درمانی ضروری در بیمارستان هانتینگتون را تحت پوشش قرار می‌دهد. خدمات زیبایی اختیاری تحت پوشش این سیاست نیست.

چگونه برای مساعدت مالی درخواست دهم یا سیاست کامل را دریافت کنم؟

پشت این برگه، فرم تقاضانامه با دستورالعمل تکمیل درج شده است.

برای دریافت کمک در تکمیل این تقاضانامه یا درخواست نسخه‌ای از این سیاست، می‌توانید از طریق هر یک از منابع زیر اقدام کنید:

- در قسمت پذیرش هر یک از بخش‌های بستری، درمان سرپایی یا اورژانس.
- بین ساعات 8:00 صبح تا 4:00 بعد از ظهر، با دفتر اداری به شماره 626 397-5324 تماس بگیرید؛
- (پس از این ساعات پیام بگذارید). خدمات ترجمه زنده ارائه می‌شود
- از طریق پست به آدرس Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (رایگان)
- در میز راهنمای پذیرش اصلی بیمارستان، دوشنبه تا جمعه، 7:00 صبح تا 6:00 عصر
- تقاضانامه و نسخه‌ای از سیاست‌ها را از www.huntingtonhospital.com دانلود کنید.

آیا مساعدت زبانی ارائه می‌شود؟

فرم‌های تقاضانامه و سیاست به بیشتر زبان‌های رایج در اجتماع ما موجود هستند و در مکان‌های فوق‌الذکر ارائه می‌شوند. خدمات ترجمه شفاهی نیز موجود می‌باشد.

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

دستورالعمل:

فرم مالی را تکمیل کنید (تقاضانامه‌های ناقص مورد بررسی قرار نمی‌گیرند)

مدارک لازم را ضمیمه کنید:

فیش حقوقی و نسخه کامل اظهارنامه مالیاتی.

نامه طرح مشکلات، (نامه کوتاهی که در آن وضعیت مالی خود را توضیح می‌دهید)

همه مدارک را به آدرس زیر پست کنید:

Huntington Hospital

Attn: Business Office / Financial Assistance Review

100 W California Blvd

Pasadena, CA 91109-7013

برای توضیح کامل برنامه به WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM مراجعه کنید.

تاریخ اجرا 01/01/2016