

<u>ضمیمه ب</u>	<u>یالیزی مراقبت خیریه</u>
----------------	----------------------------

فرم درخواست برای مراقبت خیریه

معلومات مریض		
نام:		شماره تلفن:
تاریخ تولد:		:SSN
آدرس:		
شهر:	ایالت:	کود پستی:
معلومات درخواست دهنده (ضامن) ☐ اگر همان شخص است، خانه مربوطه را نشان زده و به سوال شماره ۱ ادامه دهید		
نسبت با مریض:		
نام:		تاریخ تولد:
:SSN		شماره تلفن:
آدرس	شهر:	ایالت: کود پستی:
۱. آیا شما تحت پوشش Medi-cal، Medicare و/یا هر نوع بیمه دیگر هستید؟ ☐ بلی ☐ نخیر ۲. آیا می خواهید برای برنامه "Medi-cal" درخواست دهید یا دوباره درخواست نمایید؟ ☐ بلی ☐ نخیر ۳. آیا شما واجد شرایط برای کدام برنامه دولتی هستید؟ ☐ بلی ☐ نخیر ۴. آیا خدمات طبی شما مربوط به تصادف موثر یا حادثه وظیفه بود؟ ☐ بلی ☐ نخیر ۵. اگر چنین است، نام بیمه طرف سوم چیست؟ ☐ بلی ☐ نخیر ۶. آیا شما شاغل هستید؟ ☐ بلی ☐ نخیر ۷. اگر نخیر، آیا شما معلول هستید؟ ☐ بلی ☐ نخیر		
معلومات خانوادگی		
لطفاً اطلاعات را برای موارد زیر فهرست کنید: خودتان، همسر/شریک زندگی‌تان و وابستگان زیر سن ۲۱ سال که با شما در یک خانه زندگی می‌کنند را درج نمایید.		
نام	سن	نسبت با مریض
تعداد مجموعی اعضای خانواده:		

*اگر وابستگان اضافی وجود دارند، آنها را در بخش تعیین شده در صفحه چهارم این فورم اضافه نمایید.

ضمیمه ب	یالیزی مراقبت خیریه
---------	---------------------

تصدیق عاید

طریقه‌ی پرداخت معاش شما چگونه است؟ اگر قابل اجرا باشد، به سوالات زیر در مورد عاید مریض و همسرش پاسخ دهید. پروسه تصدیق عاید نیاز به مدرک اسناد عاید دارد. <u>اسناد قابل قبول برای ثبوت عاید شامل این موارد است:</u> آخرین اظهارنامه مالیاتی، دو آخری برگه معاش، یک مکتوب از کارفرما که دستمزد بدست آمده را بیان میکند، یک بیانییه سوگند یا سند بیکاری.		
نوع عاید	مقدار	هر چند وقت (یکی را دایره بزنید)
اشتغال: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
اشتغال: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
عاید نقدی: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
عاید نقدی: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
بیکاری: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
بیکاری: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
معلولیت: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
معلولیت: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
تأمین اجتماعی: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
تأمین اجتماعی: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
جبران خساره کارگر: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
جبران خساره کارگر: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
نفقة طفل: مریض/ضامن		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
نفقة طفل: همسر		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
عاید دیگر:		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
عاید دیگر:		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
عاید دیگر:		هفتگی/ دو هفته ای/ ماهانه/ دیگر
مجموع عاید ماهانه:		

بیانییه تصدیق مریض

من تصدیق می‌کنم که معلوماتی که ارائه کرده‌ام، بر اساس بهترین دانش و آگاهی من دقیق و کامل است و در صورت تغییر در عاید یا بیمه، با مرکز تماس گرفته و آن را اطلاع خواهم داد. من می‌فهمم که پس از ارائه این درخواست، بررسی خواهد شد تا واجد شرایط بودن برای مراقبت‌های خیریه رایگان تعیین گردد. من می‌فهمم که در صورتی که مشخص شود من واجد شرایط دریافت مراقبت‌های خیریه رایگان هستم؛ هیچ بخشی از هزینه مراقبت بر عهده من نخواهد بود.

تاریخ

امضای مریض/ ضامن

خود اعلامیه عاید (در صورت نداشتن مدرک عاید باید تکمیل گردد)

لطفاً معلومات زیر را فقط در صورتی که هیچ راه دیگری برای ارائه سند عاید خود نداشته باشید تکمیل کنید. همه جعبه‌ها باید علامت‌گذاری شوند و به همه سوالات پاسخ داده شود. عدم تکمیل این معلومات منجر به رد درخواست شما برای دریافت مراقبت با تخفیف خواهد شد.

- ☐ پرداخت من به صورت نقدی انجام می‌شود
 - ☐ من چک های حقوق/فیش های حقوق دریافت نمی‌کنم.
 - ☐ من نمیتوانم یک نامه از کارفرمای خود ارائه کنم.
- توضیح دهید چرا: _____
- ☐ من به معلومات مالی خود دسترسی ندارم.
- توضیح دهید چرا: _____

بیانیه گواهی مریض

من تصدیق میکنم که هیچ راه دیگری برای ارائه سند عاید خود ندارم و تمام معلومات فوق درست است. من می‌فهمم که این معلومات برای تعیین واجد شرایط بودن برای مراقبت خیریه رایگان شفاخانه St. Rose استفاده خواهد شد. من می‌فهمم که مسئولان شفاخانه سنت رز ممکن است صحت اطلاعات این فرم را راستی‌آزمایی کنند.

تاریخ

امضای مریض

تصدیق گواهی کارمند

من تصدیق می‌کنم که قبل از استفاده از این فرم، از متقاضی درخواست ارائه مدارک تمام منابع عاید دریافت شده توسط خانواده کرده‌ام. من کوشش کرده‌ام که تمامی منابع عاید احتمالی دیگر را تأمین نمایم. معلومات گزارش شده در این فرم صرفاً توسط متقاضی ارائه شده و به‌طور دقیق عاید خانواده را همان‌طور که توسط متقاضی به من گزارش گردیده، منعکس می‌کند.

تاریخ

امضای کارمند

<u>ضمیمه ب</u>	<u>یالیزی مراقبت خیریه</u>
----------------	----------------------------

اطلاعات اضافی وابستگان

لطفاً از این بخش برای مستندسازی وابسته‌گان که قبلاً در بخش تعیین شده در صفحه ۲ ثبت نشده‌اند، استفاده نمایید.

نام	سن	نسبت با مریض