

<u>ضمیمه ب</u>	<u>یالیسی مراقبت با تخفیف</u>
----------------	-------------------------------

فرم درخواست مراقبت با تخفیف

برنامه مراقبت با تخفیف از طریق کاهش در مسئولیت مالی مریض شما کمک مالی فراهم می نماید. مریضان همچنان میتوانند فورم درخواست برنامه مراقبت خیریه را تکمیل نمایند که به مریضان واجد شرایط، برای خدمات طبی ضروری، بخشش کامل (۱۰۰٪) هزینه‌ها را فراهم می سازد.

معلومات مریض		
نام:	شماره تلفن:	
تاریخ تولد:	SSN:	
آدرس:		
شهر:	ایالت:	کود پستی:
معلومات درخواست دهنده (ضامن) <input type="checkbox"/> 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:
<p>۱. آیا شما تحت پوشش Medi-cal، Medicare و/یا هر نوع بیمه دیگر هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>۲. آیا می خواهید برای برنامه "Medi-cal" درخواست دهید یا دوباره درخواست نمایید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>۳. آیا شما واجد شرایط برای کدام برنامه دولتی هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>۴. آیا خدمات طبی شما مربوط به تصادف موتر یا حادثه وظیفه بود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>۵. اگر چنین است، نام بیمه طرف سوم چیست؟</p> <p>۶. آیا شما شاغل هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>۷. اگر نخیر، آیا شما معلول هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>		
معلومات خانوادگی: لطفاً در بخش زیر معلومات خود، همسر/شریک زندگی تان و وابستگان زیر سن ۲۱ سال که با شما در یک خانه زندگی می کنند را درج نمایید.		
	سن	نسبت با مریض
نام		
تعداد مجموعی اعضای خانواده:		

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

ضمیمه ب	یالیسی مراقبت با تخفیف
----------------	-------------------------------

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. اسناد قابل قبول برای ثبوت عاید شامل این موارد است: 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
نفقه طفل: مریض/ضامن		هفتگی / دو هفته ای / ماهانه / دیگر
نفقه 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، آن برای تعیین واجد شرایط بودن جهت دریافت خدمات تخفیفی بررسی خواهد شد. من می‌فهمم که در صورتی که مشخص شود من واجد شرایط دریافت مراقبت با تخفیف هستم، بخشی از هزینه‌های درمانی خود را به عهده خواهم گرفت.

تاریخ

امضای مریض / ضامن

ضمیمه ب

یالیسی مراقبت با تخفیف

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 با تخفیف شفاخانه سنت رز استفاده خواهد شد. من می‌فهمم که مسئولان شفاخانه سنت رز ممکن است صحت اطلاعات این فرم را راستی‌آزمایی کنند.

امضای مریض

تاریخ

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.

امضای کارمند

تاریخ

