

فرم اطلاعات مالی / درخواست کمک مالی

برای دریافت کمک جهت پر کردن این فرم یا چنانچه سوالی دارید، لطفاً با شماره **713.338.5502** یا **800.526.2121** -- تماس بگیرید و کلید 5 را فشار دهید

نام بیمار:	تلفن:
آدرس خیابان بیمار:	شهر، ایالت، کد پستی:
شماره حساب(ها):	تاریخ(های) خدمات:

باید به تمام سوالات پاسخ داده شود. اگر سوالی مرتبط نیست در سطر مربوطه عبارت N/A را بنویسید

یک کپی از **یک مدرک هویتی** عکسدار (نظیر گواهی نامه رانندگی دولتی یا پاسپورت عکسدار و غیره) را ضمیمه کنید*

* اگر کارت شناسایی عکسدار موجود نباشد، می توان از سایر اسناد نشان دهنده

کپی آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد را ضمیمه کنید یا یک کپی از یکی از مدارک

درآمد را زیر ضمیمه نمایید:

آخرین 2 فیش حقوق

برگه تأییدیه مزایای بیکاری

چک یا نامه تأیید تأمین اجتماعی

نامه ای از کارفرما که نشان دهنده نام کارمند، شغل، دستمزد ساعتی و

تعداد ساعات کار باشد

*** این درخواست بدون ارائه مستندات تأییدکننده، درخواست تکمیل شده محسوب نمی شود. ***

وضعیت:	ساکن دائمی تگزاس	مقیم قانونی	ویزای مهاجرتی	ویزای غیرمهاجرتی
وضعیت تأهل (یک مورد را علامت بزنید):	متاهل	مجرد	طلاق گرفته	
	بیوه	سایر		

کودکان زیر 18 سال و سایر افراد وابسته در خاتوار (در صورت نیاز ادامه را در صفحه بعدی ذکر کنید)

نسبت افراد وابسته (یک مورد را علامت بزنید)					تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی
کودک	فرزندخوانده	سرپرست	بزرگسال/سالمند	فاقد نسبت		

خلاصه اشتغال

بیمار	همسر
کارفرما	کارفرما
شغل	شغل
وضعیت اشتغال (یک مورد را علامت بزنید)	وضعیت اشتغال (یک مورد را علامت بزنید)
تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/>	تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/>
عدم توانایی بازگشت به کار <input type="checkbox"/>	عدم توانایی بازگشت به کار <input type="checkbox"/>

درآمد خانوار در ماه		هزینه های خانوار در ماه	
بیمار	دلار / ماه	مسکن:	ملکی/وام
همسر	دلار / ماه	پرداخت مسکن	دلار / ماه
نفقه	دلار / ماه	خدمات شهری (برق، آب)	دلار / ماه
بیکاری	دلار / ماه	خودروی شماره 1	دلار / ماه
حمایت از کودکان	دلار / ماه	خودروی شماره 2	دلار / ماه
مزایای بازماندگان	دلار / ماه	بنزین	دلار / ماه
غرامت کارگران	دلار / ماه	بیمه	دلار / ماه
صندوق سرمایه گذاری	دلار / ماه	تلویزیون / تلویزیون کابلی / تلفن	دلار / ماه
سایر	دلار / ماه	غذا	دلار / ماه
مجموع درآمد	دلار / ماه	مجموع هزینه ها	دلار / ماه

حساب های بانکی/اداری های دیگر (باید به هر 3 سوال پاسخ بدهید):

حساب جاری؟ (دور یک مورد دایره بکشید)	بله	خیر	مانده فعلی	دلار
حساب پس انداز؟ (دور یک مورد دایره بکشید)	بله	خیر	مانده فعلی	دلار
املاک دیگر؟ (دور یک مورد دایره بکشید)	بله	خیر	ارزش فعلی	دلار

اگر بله، لطفاً توضیح دهید:



- من با در نظر گرفتن مجازات شهادت دروغ گواهی می‌دهم پاسخ‌هایی که داده‌ام، تا آنجا که مطلع هستم درست و صحیح است.
- اطلاعاتی که ارائه داده‌ام، درآمد و هزینه‌های خانوار را نشان می‌دهد.
- ممکن است این اطلاعات و همچنین گزارش اعتباری و سایر اطلاعات در دسترس عموم، توسط مموریال هرمان برای ایجاد یک طرح پرداخت و/یا برای رسیدگی به درخواست کمک مالی و/یا تعیین واجد شرایط بودن برای برنامه‌ها، پوشش‌ها یا کمک‌های مختلف استفاده شود.
- من به مموریال هرمان اجازه می‌دهم برای بررسی اظهارات من اطلاعاتی را از هر منبع کسب کند.
- در صورتی که اطلاعات ارائه شده برای تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی ناقص یا ناکافی باشد یا در صورتی که شرایط واجد شرایط بودن را برآورده نکنید، نامه‌ای کتبی از مموریال هرمان دریافت خواهید کرد. اگر مشخص شود صلاحیت دریافت کمک مالی را دارید، به‌طور مکتوب به شما اطلاع داده می‌شود.
- بیمارانی که برای کمک مالی درخواست می‌دهند ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی از برنامه‌های محلی، ایالتی یا فدرال باشند. از این بیماران انتظار می‌رود قبل از تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی به چنین برنامه‌هایی درخواست بدهند. مموریال هرمان برای ارائه درخواست به چنین برنامه‌هایی به این افراد کمک خواهد کرد. عدم ارائه درخواست برای چنین برنامه‌هایی ممکن است بر بررسی درخواست کمک مالی بیمار تأثیر نامطلوبی بگذارد.
- من به این واقعیت اذعان دارم که برای تمام پوشش‌های بیمه ممکن، از جمله Medicaid، قربانیان جرم و جنایت، بیمه تبادل بهداشت و سایر پوشش‌های محلی، ایالتی یا فدرال درخواست داده‌ام.
- آگاه هستم که اگر واجد شرایط کمک مالی نباشم، شخصاً مسئول هزینه‌های مراقبت خواهم بود.

امضای بیمار/ضامن:

تاریخ

پس از کامل کردن این فرم درخواست، لطفاً آنرا به همراه تمامی مدارک پشتیبان پست، فکس یا ایمیل کنید به:

Patient Business Services**909 Frostwood Dr., Suite 3:100****Houston, Texas 77024****دریافت کننده: PBS Financial Assistance****فکس: 713-338-4261****ایمیل: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org**

فقط جهت استفاده اداری

کمک مالی مورد تأیید مرکز CEO / CFO

تأیید توسط:

نام / امضا

عنوان

تاریخ

طرف دیگر را ببینید

MEMORIAL
HERMANN

طرف دیگر را ببینید