

فرم تقاضانامه کمک‌های مالی

قسمت یک: اطلاعات بیمار

نام کامل و نشانی خود در زمان دریافت خدمات پزشکی را به همراه سایر اطلاعات مربوطه با خط خوانا در این قسمت بنویسید.

شماره حساب _____ تاریخ(های) خدمات _____

نام بیمار: _____ نام خانوادگی _____ نام _____ حرف اول نام وسط _____

نشانی: _____ پلاک و خیابان _____ شهر: _____ استان: _____

ایالت و اشتغال: _____ کد پستی: _____ تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ متاهل ☐ مطلقه

شماره تلفن اصلی: (_____) _____ منزل ☐ همراه ☐ محل کار ☐ سایر ☐

نشانی ایمیل: _____

بیمه درمانی در تاریخ دریافت خدمات: ☐ بدون بیمه ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ سایر ☐

قسمت دو: درآمد خانوار و دارایی‌ها

درآمد خودتان، همسران، و سایر اعضای خانواده‌تان (در صورت داشتن درآمد) را ذکر کنید

منبع درآمد	جمع کل طی 3 ماه قبل از تاریخ خدمات	جمع کل طی 12 ماه قبل از تاریخ خدمات
دستمزد/شغل آزاد	دلار	دلار
سوشال سکوریته	دلار	دلار
مستمری، سود سهام، سود سپرده، درآمد حاصل از اجاره	دلار	دلار
بیمه بیکاری، غرامت کارگران	دلار	دلار
کمک هزینه معاش فرزندان (فقط به شرطی که خود بیمار دریافت کننده آن باشد)	دلار	دلار
سایر	دلار	دلار

جمع کل دارایی‌های خالص (دارایی‌ها - بدهی‌ها) از تاریخ درخواست: دلار _____

قسمت سه: اطلاعات و درآمد خانوار

نام و تاریخ تولد کلیه اعضای خانوار خود را درج کنید.

لطفاً اطلاعات ذیل را برای کلیه اعضای خانواده بلافاصل خود، که در منزل شما زندگی می‌کنند، ارائه دهید. برای اهداف HCAP، خانوار این گونه تعریف می‌شود: بیمار، همسر بیمار، و کلیه فرزندان زیر 18 سال بیمار (اعم از فرزند واقعی یا فرزند خوانده) که در منزل بیمار زندگی می‌کنند. اگر سن بیمار کمتر از 18 سال باشد، خانوار این گونه تعریف می‌شود: بیمار، والد(ین) واقعی یا رضاعی بیمار، و فرزندان زیر 18 سال والد(ین) (اعم از فرزند واقعی یا فرزند خوانده) که در منزل بیمار زندگی می‌کنند.

نام اعضای خانوار شامل بیمار	تاریخ تولد	نسبت با بیمار
1. بیمار		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

با درج امضای خود ذیل این فرم، گواهی و تأیید می‌کنم که کلیه اطلاعاتی که در این فرم و پیوست‌های آن ارائه داده‌ام صحیح، دقیق، و مبتنی بر حقیقت است.

امضای طرف مسئول: x _____ تاریخ: _____