

دستورالعمل‌های فرم درخواست مراقبت‌های خیریه‌ای/کمک مالی

این یک درخواست برای کمک مالی (که به عنوان مراقبت خیریه‌ای نیز شناخته می‌شود) در Swedish است.

قانون فدرال و ایالتی همه بیمارستان‌ها را ملزم می‌کند که به افراد و خانواده‌هایی که شرایط درآمد خاصی دارند، کمک مالی ارائه دهند. شما ممکن است بر اساس اندازه خانواده و درآمد خود واجد شرایط مراقبت رایگان یا مراقبت با تخفیف باشید (از طریق این درخواست مشترک برای هر دو مورد در نظر گرفته می‌شود)، حتی اگر بیمه درمانی داشته باشید. لطفاً به وبسایت بیمارستان به آدرس <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance> مراجعه کنید.

کمک مالی چه مواردی را پوشش می‌دهد؟ کمک مالی پزشکی مراقبت‌های پزشکی ضروری را پوشش می‌دهد که توسط یکی از بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های ما در مجموعه سازمان‌های ما، بسته به شرایط شما، ارائه می‌شود. کمک‌های مالی ممکن است تمام هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله خدمات ارائه‌شده توسط سایر سازمان‌ها را پوشش ندهد.

در صورت داشتن هرگونه سؤال یا نیاز به کمک در تکمیل این درخواست: خط‌مشی‌های کمک مالی ما، اطلاعات مربوط به برنامه‌ها و مفاد درخواست در وبسایت ما یا از طریق تلفن در دسترس است. ممکن است به هر دلیلی، از جمله ناتوانی و کمک زبانی، کمک دریافت کنید. اسناد کتبی ترجمه‌شده در صورت درخواست در دسترس قرار می‌گیرد.

در اینجا نحوه تماس با ما ارائه شده است: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

نمایندگان خدمات مشتری به شماره: 206-320-5300 یا 877-406-0438 (1)

دوشنبه تا جمعه از 8:30 صبح تا 4:00 عصر

برای اینکه درخواستتان بررسی شود، باید:

□ اطلاعاتی درباره خانواده‌تان در اختیار ما قرار دهید

تعداد اعضای خانواده حاضر در خانوار خود را وارد کنید (خانواده شامل افراد نسبت‌های نسبی، سببی یا فرزندانگی است که با هم زندگی می‌کنند) اگر در California زندگی می‌کنید، خانوار یا خانواده به این ترتیب تعیین می‌شود، اگر بیمار 18 ساله و بالاتر باشد، خانواده عبارتست از همسر، شریک زندگی و هر فرزند تحت تکفل زیر 21 سال، یا هر سنی در صورت معلولیت، چه در خانه زندگی کند یا نکند. اگر بیمار زیر 18 سال باشد یا برای یک فرزند تحت تکفل 18 تا 20 ساله، خانواده شامل والدین، مراقبت‌کنندگان خویشاوند، و مراقبت‌کنندگان والدین یا خویشاوند، سایر افراد تحت تکفل زیر 21 سال یا هر سنی در صورت ناتوانی است.

□ اطلاعاتی درباره درآمد ناخالص ماهانه خانواده خود (درآمد قبل از مالیات و کسورات) به ما ارائه دهید تا فیش حقوقی یا اظهارنامه مالیاتی یا سایر اطلاعات درآمدی (مانند فرم‌های W-2، نامه‌های پاداش تأمین اجتماعی) و اظهارنامه‌های درآمد حاصل از دارایی‌ها لحاظ شود. 1 (برای مثال‌های بیشتر به بخش درآمد درخواست کمک مالی مراجعه کنید)

□ در صورت نیاز، اطلاعات تکمیلی را پیوست کنید

□ فرم کمک مالی را امضا کنید و تاریخ بزنید

توجه: برای درخواست کمک مالی نیازی به ارائه شماره تأمین اجتماعی ندارید. اگر شماره تأمین اجتماعی خود را در اختیار ما قرار دهید، ممکن است از آن برای احراز هویت شما یا برای راستی‌آزمایی اطلاعات ارائه‌شده استفاده شود. اگر شماره تأمین اجتماعی ندارید، لطفاً

«غیر مرتبط» یا «NA» را علامت بزنید. درخواست تکمیل‌شده را با تمام مدارک به نشانی زیر ارسال کنید: Swedish Medical

Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED

STATES OF AMERICA. حتماً یک کپی نزد خود نگه دارید. 507846221.4

برای ارسال درخواست تکمیل شده خود به صورت حضوری: به نزدیکترین «دفتر مشاور مالی بیمارستان» خود مراجعه کنید. بین 14 تا 30 روز از زمان دریافت درخواست کمک مالی کامل، از جمله مدارک درآمد، شما را از تصمیم نهایی واجد شرایط بودن و حقوق استیناف، در صورت وجود، مطلع خواهیم کرد.

با ارسال درخواست کمک مالی، به ما رضایت می‌دهید برای تأیید تعهدات و اطلاعات مالی، استعلامات لازم را انجام دهیم.

1 به‌جز مواردی که ممکن است توسط قانون ایالتی منع شده باشد، *Swedish* اطلاعات مربوط به دارایی‌ها را که توسط «مراکز خدمات *Medicare* و «*CMS Medicaid*» برای گزارش هزینه *Medicare* الزامی دانسته شده است، جمع‌آوری و بررسی می‌کند. این مخصوصاً برای بیمه‌شدگان *Medicare* که بیمه *Medicaid* نیز ندارند، صدق می‌کند. برای سایر افراد، ارائه اطلاعات دارایی اختیاری است.

506318055.3

ما می‌خواهیم کمک کنیم. لطفاً درخواست خود را هر چه زودتر ارسال کنید. می‌توانید تا زمانی که درخواست تکمیل شده و مدارک موردنیازتان را دریافت کنیم، به دریافت صورت حساب‌ها ادامه دهید، مگر اینکه این کار توسط قوانین مراقبت‌های خیریه‌ای ایالت شما منع شده باشد.

فرم درخواست مراقبت خیریه‌ای/کمک مالی - محرمانه

لطفاً تمام اطلاعات را به‌طور کامل پر کنید. اگر صدق نمی‌کند، بنویسید غیر مرتبط (NA) در صورت نیاز، صفحات بیشتری پیوست کنید.

اطلاعات غربالگری

به مترجم شفاهی نیاز دارید؟	☐ بله ☐ خیر اگر بله، زبان دلخواه را ذکر کنید.
آیا بیمار برای Medicaid درخواست داده است؟	☐ بله ☐ خیر آیا بیمار نابینا است؟
☐ بله ☐ خیر	آیا بیمار ناتوان است؟
بیمار خدمات عمومی دولتی مانند TANF، مواد غذایی اصلی (Basic Food) یا WIC دریافت می‌کند؟	☐ بله ☐ خیر
بیمار در حال حاضر بی‌خانمان است؟	☐ بله ☐ خیر
نیاز به مراقبت پزشکی بیمار مربوط به حادثه رانندگی یا آسیب ناشی از کار است؟	☐ بله ☐ خیر

لطفاً توجه داشته باشید

- حتی در صورت درخواست کمک مالی، نمی‌توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط کمک مالی شوید.
- هنگامی که درخواست خود را ارسال کردید، ممکن است همه اطلاعات را بررسی کنیم و ممکن است اطلاعات اضافی یا اثبات درآمد را درخواست کنیم.
- ظرف 14 تا 30 روز پس از دریافت درخواست تکمیل‌شده و مدارک شما، تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد.

اطلاعات بیمار و متقاضی

نام کودک بیمار	نام میانی بیمار	نام خانوادگی بیمار
☐ مرد ☐ زن ☐ سایر (لطفاً مشخص کنید _____)	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی بیمار (اختیاری)
فرد مسئول پرداخت صورتحساب	نسبت با بیمار	تاریخ تولد
نشانی پستی	شماره (های) تماس اصلی () () آدرس ایمیل:	شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)
شهر	ایالت	زیپ‌کد
کشور		

وضعیت استخدامی فرد مسئول پرداخت صورتحساب

☐ شاغل (زمان استخدام): ☐ بیکار (مدت بیکاری):

☐ دارای شغل آزاد ☐ دانش‌آموز ☐ ناتوانی ☐ بازنشسته ☐ سایر _____

فرم درخواست مراقبت خیریه‌ای/کمک مالی - محرمانه

اطلاعات خانواده

نام تمام اعضای خانواده‌تان، از جمله خودتان را ذکر کنید. «خانواده» شامل افرادی است که به واسطه تولد، ازدواج یا فرزندخواندگی با هم زندگی می‌کنند.

اندازه خانواده ————— در صورت نیاز صفحه دیگری را پیوست کنید

نام	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	اگر 18 سال یا بیشتر دارید: نام کارفرما(ها) یا منبع درآمد	اگر 18 سال یا بیشتر دارید: مجموع درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات):	برای کمک مالی نیز درخواست می‌دهید؟
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر

درآمد تمام اعضای بزرگسال خانواده باید اعلام شود. به عنوان مثال، منابع درآمد عبارت‌اند از: دستمزدها - بیکاری - خود اشتغالی - غرامت کارگران - از کار افتادگی - درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (SSI) - نفقه فرزند/همسر - برنامه‌های کارآموزی (دانشجویی) - درآمد حاصل از دارایی‌هایی مانند سهام، اوراق قرضه، حساب بازنشستگی فردی (IRA)، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک، درآمد حاصل از اجاره و غیره.

**SWEDISH**

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

فرم درخواست مراقبت خیریه‌ای/کمک مالی - محرمانه**اطلاعات درآمد**

به یاد داشته باشید: باید مدرک درآمد را همراه با درخواست خود ارائه دهید.

باید اطلاعاتی درباره درآمد خانواده‌تان ارائه دهید. راستی‌آزمایی درآمد برای تعیین کمک مالی لازم است. همه اعضای خانواده **18 ساله** یا بیشتر باید درآمد خود را اعلام کنند. اگر نمی‌توانید اسنادی را ارائه دهید، می‌توانید یک بیانیه امضا شده کتبی که درآمدتان را شرح می‌دهد ارسال کنید. لطفاً برای هر منبع درآمد شناسایی شده مدرک ارائه کنید. نمونه‌هایی از مدرک درآمد عبارتند از:

- اظهارنامه کسر «W-2»؛ یا
 - فیش حقوق‌های اخیر (3 ماه)؛ یا
 - اظهارنامه مالیات بر درآمد سال گذشته، از جمله برنامه زمانی در صورت وجود؛ یا
 - اظهارنامه کتبی و امضا شده از کارفرمایان یا دیگران؛ یا
 - اظهارنامه درآمد حاصل از دارایی‌ها (سهام، اوراق قرضه، حساب بازنشستگی فردی (IRA)، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک و غیره)؛ یا
 - تأیید/رد صلاحیت برای غرامت بیکاری.
- اگر مدرکی دال بر درآمد ندارید یا هیچ درآمدی ندارید، لطفاً یک صفحه اضافی همراه با توضیح پیوست کنید.

اطلاعات هزینه

ما از این اطلاعات برای دریافت تصویر کامل‌تری از وضعیت مالی شما استفاده می‌کنیم.

هزینه‌های ضروری زندگی ماهانه:

اجاره/رهن \$ _____ هزینه‌های پزشکی \$ _____
 حق بیمه پزشکی \$ _____ قبوض منزل \$ _____
 سایر بدهی‌ها/هزینه‌ها \$ _____ (حمایت از کودک، وام، دارو، و غیره)

اطلاعات و مدارک دارایی

خانواده شما این دارایی‌های دیگر را دارند؟ لطفاً همه مواردی را که صدق می‌کند، علامت بزنید

□ فاقد دارایی

موجودی حساب جاری فعلی (برای اطلاع از نیاز به ارائه صورت‌حساب بانکی، قسمت زیر را مشاهده کنید*)

\$ _____

□ سهام □ اوراق قرضه □ 401K □ حساب(های) پس‌انداز سلامت

مانده حساب پس‌انداز عمومی

\$ _____

برای بیمه‌شدگان Medicare که بیمه Medicaid ندارند، ممکن است Swedish صورت‌حساب‌های بانکی یا مدارکی از منبع مشابه را درخواست کند.

*این اطلاعات را فقط بیمه‌شدگان Medicare که بیمه Medicaid نیز ندارند، باید ارائه دهند. برای سایر افراد، ارائه اطلاعات اختیاری است. این اطلاعات فقط مطابق با خطمشی ما و مقررات ایالتی که در آن مراقبت دریافت کرده‌اید، استفاده می‌شود و آنگونه که «مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS)» برای گزارش هزینه Medicare الزامی بدانند، جمع‌آوری و در نظر گرفته می‌شود.

اطلاعات تکمیلی

لطفاً اگر اطلاعات دیگری مانند مشکلات مالی، هزینه‌های پزشکی بیش از حد، درآمد فصلی یا موقت یا ضرر شخصی، درباره وضعیت مالی فعلی شما وجود دارد که می‌خواهید بدانیم، صفحه دیگری پیوست کنید.

توافق‌نامه بیمار

درک می‌کنم Swedish ممکن است اطلاعات را با بررسی اطلاعات اعتباری و به دست آوردن اطلاعات از منابع دیگر مورد راستی‌آزمایی قرار دهد تا به تعیین واجد شرایط بودن فرد جهت دریافت کمک مالی یا طرح‌های پرداخت کمک کند.

تأیید می‌کنم اطلاعات بالا بنا بر دانش بنده درست و صحیح است. می‌دانم اگر اطلاعات مالی که ارائه می‌دهم نادرست باشد، نتیجه آن ممکن است رد کمک مالی باشد، همچنین ممکن است مسئولیت پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده بر عهده من باشد و انتظار برود آن را بپردازم.

تاریخ

امضای متقاضی