

بیمار/متقاضی گرامی،

سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکتهای وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** بر مبنای شفقت است و متعهد به ارائه مراقبتهای شخصی برای همه - به ویژه کسانی که بیشتر نیاز دارند، می‌باشد. ارائه کمک مالی به بیماران، مأموریت و افتخار ماست. کمک مالی فقط برای خدمات اورژانسی و سایر مراقبتهای دارای ضرورت پزشکی در دسترس است. از شما متشکریم که به ما اعتماد دارید تا از شما و خانواده‌تان برای نیازهای بهداشتی خود مراقبت کنیم.

این نامه و درخواست کمک مالی ضمیمه‌شده را به‌دلیل دریافت درخواست شما ارسال می‌کنیم. اگر این درخواست را ارائه نکرده‌اید، لطفاً آن را نادیده بگیرید. قبل از برگرداندن درخواست، لطفاً هر دو سمت را تکمیل کنید و امضای خود و تاریخ را درج کنید. اگر در شش ماه گذشته درخواستی را تکمیل کرده‌اید و برای کمک مالی تأیید شده‌اید، لطفاً به ما اطلاع دهید. ممکن است نیازی نباشد که درخواست جدید تکمیل کنید. درخواستهای پیشین را که بیشتر از شش ماه از آنها گذشته باشد بررسی نخواهیم کرد.

لطفاً به‌همراه درخواست، نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به‌عنوان گواهی درآمد ارائه دهید. اگر متأهل هستید یا به‌مدت ۶ ماه یا بیشتر با شریکتان زندگی کرده‌اید، برای اینکه درخواست پردازش شود، باید آن فرد نیز نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به‌عنوان گواهی درآمد خود ارائه دهد.

- نسخه‌هایی از دو فیش حقوقی اخیر از سوی کارفرما
- کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی سالانه (اگر خوداشتغال هستید، همه برنامه‌ها را اضافه کنید)
- نامه اعطای حقوق بازنشستگی و/یا تأمین اجتماعی
- آخرین اظهارنامه مالیاتی سالانه ولی یا سرپرست، در صورتی که متقاضی یکی از افراد تحت تکفل ذکرشده در فرم مالیاتی ولی یا سرپرست است و سن او کمتر از ۲۵ سال است
- سایر مدارک اعتبارسنجی درآمد
- نسخه‌هایی از صورتحساب بانکی ۳ ماه گذشته
- نسخه‌ای از رسید مزایای بیکاری

درنهایت، لطفاً گواهی هزینه‌های پزشکی و دارو/داروخانه پرداخت‌نشده ماهانه را نیز ارائه کنید.

لطفا توجه داشته باشید برای اینکه درخواست را بررسی کنیم، باید درخواست تکمیل شده به همراه گواهی درآمد را دریافت نماییم. نمی‌توانیم درخواستهایی که تکمیل نشده را پردازش و بررسی کنیم.

لطفا به‌خاطر داشته باشید که برقراری ارتباط با ایمیل از طریق اینترنت ایمن نیست. ممکن است اطلاعاتی که در ایمیل لحاظ می‌کنید رهگیری شود و افراد دیگری به‌غیر از مخاطب مورد نظر آن را بخوانند، هرچند غیرمحمّل است.

می‌خواهیم از اطلاعات شخصی شما محافظت کنیم و مطمئن شویم ایمنی آن حفظ می‌شود. از آنجایی که درخواست حاوی شماره تأمین اجتماعی و دیگر اطلاعات خصوصی شما است، تأکید می‌کنیم آنها را با ایمیل ارسال نکنید.

لطفا درخواست تکمیل شده را چاپ کنید و به نشانی زیر ارسال کنید:

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

اگر سؤالی درباره این درخواست دارید، لطفاً از طریق این شماره با یکی از «نمایندگان بیمار» ما تماس بگیرید: به شماره 7585-272-833 تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیمار
Ascension Illinois

کمک مالی

فرم درخواست

مهم: ممکن است بتوانید مراقبت رایگان یا باتخفیف دریافت کنید: تکمیل این درخواست به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکتهای وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** کمک می‌کند که تشخیص دهند آیا می‌توانید خدمات رایگان یا با تخفیف یا سایر برنامه‌های عمومی را دریافت کنید که می‌تواند به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامت شما کمک کند. لطفاً این درخواست را به نشانی نوشته‌شده در نامه پوششی ارسال کنید.

اگر بیمه ندارید، لازم نیست جهت تأیید صلاحیت برای مراقبت رایگان یا دارای تخفیف، شماره تأمین اجتماعی ارائه دهید. با این حال، برای برخی برنامه‌های عمومی از جمله **Medicaid**، ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی است. ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست، اما به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکتهای وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** کمک می‌کند تا تشخیص دهند که آیا شما واجد شرایط برنامه‌های عمومی هستید یا خیر. برای هر کدام از سؤالات درخواست که علامت «اختیاری» دارد، پاسخ شما (یا عدم پاسخدهی) هیچ تأثیری بر نتیجه درخواست نخواهد داشت.

لطفاً این فرم را تکمیل کرده و آن را به صورت حضوری، از طریق پست، از طریق پست الکترونیک، یا فکس به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکتهای وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** ارسال کنید تا در اسرع وقت پس از تاریخ خدمات، برای مراقبت رایگان یا باتخفیف درخواست کنید. درخواست شما را تا حداکثر ۲۴۰ روز پس از صدور اولین صورتحساب مراقبتهایتان خواهیم پذیرفت. با ارسال این درخواست، شما تصدیق می‌کنید که با حسن نیت تلاش کرده‌اید تا تمام اطلاعات درخواست شده در درخواست را برای کمک به سیستم بهداشتی **Alexian Brothers**، شرکتهای وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** در تعیین اینکه آیا بیمار واجد شرایط کمک مالی هستید یا خیر، ارائه دهید. اگر سؤالی در مورد روند درخواست دارید، می‌توانید برای مطرح کردن سؤالات یا نگرانی‌ها با سیستم بهداشت **Alexian Brothers**، بخش مشاوره مالی شرکتهای وابسته به **d/b/a Ascension Illinois** با شماره تلفن **7585-272-833** تماس بگیرید.

می‌توانید شکایات یا نگرانی‌های بیماران بیمه‌نشده در خصوص روند درخواست تخفیف یا روند کمک مالی بیمارستان را به **Health Care Bureau of the Illinois Attorney General** (دفتر مراقبت‌های بهداشتی دادستان کل ایلینوی) گزارش کنید. خط تلفن امداد رایگان اداره مراقبت‌های بهداشتی **5145-305-877-1** (تله‌تایپ **3013-964-800-1**) است.

اطلاعات بیمار

(لطفاً آن را چاپ کنید و حتماً همه فیلدها را تکمیل کنید. اگر هر کدام از موارد درخواست مرتبط نبود، جلوی آن کلمه «ناموجود» را بنویسید)

تاریخ _____ شماره حساب _____

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____

اختیاری - هویت جنسیتی - جنسیت خود را چه می‌دانید: مرد زن مرد ترانجسیتی/مرد ترنس/زن-به-مرد (FTM) زن ترانجسیتی/زن ترنس/مرد-به-زن (MTF)

غیردوگانه/جنسیت منحصر ا فرد یا زن در نظر گرفته نمی‌شود دسته‌بندی جنسیت دیگر (یا موارد دیگر)

اختیاری - هویت جنسیتی: از ابتدا چه جنسیتی در شناسنامه شما نوشته شده است: مرد زن

اختیاری - نژاد: سفیدپوست سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هندی آسیایی چینی فیلیپینی ژاپنی کره‌ای ویتنامی

سایر آسیایی‌ها بومی هاوایی گوامانی یا چامورو ساموآ سایر ساکنان جزیره اقیانوس آرام

اختیاری - قومیت: هیسپانیک، فرد لاتین‌تبار/الف یا اسپانیایی‌تبار مکزیکی، آمریکایی مکزیکی‌تبار، چیکانو/الف پورتوریکویی

کوبایی هیسپانیک‌تبار، لاتین‌تبار/الف یا اسپانیایی‌تبار

اختیاری - زبان - آیا در خانه به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنید؟ بله خیر

اگر بله، چه زبانی؟ _____

نشانی پستی _____

شهر _____

ایالت _____

کد پستی _____

اختیاری - شماره تأمین اجتماعی _____

کارفرما _____

وضعیت استخدامی _____

شماره تلفن کارفرما _____

اطلاعات طرف مسئول/ اطلاعات سرپرست قانونی

(اگر بیمار بالا همان طرف مسئول است، این بخش را خالی بگذارید.)

نام (نام و نام خانوادگی) _____ تاریخ _____

تولد _____ وضعیت تاهل _____ شماره تلفن _____ آدرس پستی _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدامی _____

اطلاعات همسر طرف مسئول

(اگر بیمار همان طرف مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام (نام و نام خانوادگی) _____ تاریخ _____

تولد _____ وضعیت تاهل _____ شماره تلفن _____ آدرس پستی _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدامی _____

شماره تلفن کارفرما _____

افراد تحت تکفل فرد مسئول

(اگر بیمار همان فرد مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____ نام _____

تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____ نام _____ تاریخ تولد _____

نسبت با فرد مسئول _____ نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با فرد مسئول _____

تعداد بزرگسالان و کودکان موجود در خانوار _____

درآمد ماهانه

(برای همه موارد فهرست شده در زیر مبلغ را به دلار وارد کنید. مبلغ ماهانه را برای هر مورد ارائه دهید.)

درآمد کسب شده متقاضی _____ حمایت دریافتی کودک _____

درآمد همسر متقاضی _____ نفقه دریافتی _____

مزایای تأمین اجتماعی _____ درآمد ملک اجاره‌ای _____

حقوق بازنشستگی/درآمد بازنشستگی _____ کوپنهای غذایی _____ درآمد از _____

کارافتادگی _____ توزیع وجوه امانی دریافتی _____

گرامت بیکاری _____ سایر درآمدها _____ گرامت کارگر _____

مجموع درآمد ناخالص ماهانه _____ بهره/سود سهام _____

هزینه‌های زندگی ماهانه

بیمارانی که احتما لا واجد شرایط کمک مالی هستند، همانطور که در خطمشی کمک مالی Ascension Illinois توضیح داده شده است، نیازی به تکمیل این بخش ندارند. نفقه/حمایت از کودک

رهن/اجاره _____
خدمات رفاهی _____
تلفن (خط ثابت) _____ تلفن _____
همراه _____
خورا بار/مواد غذایی _____
تلویزیون کابلی/اینترنتی/ماهواره‌های _____ بیمه عمر _____
پرداخت برای خودرو _____ سایر هزینه‌های ماهانه _____
مراقبت از کودک _____ مجموع هزینه‌های ماهانه _____

دارایی‌ها

حسابهای نقدی/پسانداز/جاری _____
سهام/اوراق _____ قرضه/سرمایه‌گذاریها/اوراق _____ مبادله _____ نکول _____ اعتباری _____
سایر املاک و مستغلات/اقامتگاه دوم _____ قایق/ماشین _____
کاروان/موتورسیکلت/وسایله‌نقلیه تفریحی _____ خودروهای _____
کلکسیون/خودروهای غیرضروری _____
پسانداز برای سلامت/وسایله‌نقلیه با حساب خرجکرد انعطاف‌پذیر _____

من به سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکتهای وابسته به d/b/a Ascension Illinois اجازه می‌دهم اطلاعاتی را از آژانسهای گزار شدهی اعتباری خارجی دریافت کنند. با آگاهی کامل، تأیید می‌کنم که اطلاعات نوشته‌شده در این درخواست صحیح و درست است. برای هرگونه کمک ایالتی، فدرالی یا محلی که شاید برای آن واجد شرایط باشم درخواست می‌دهم تا به پرداخت صورتحسابهای پزشکی من کمک شود.

من درک می‌کنم که این اطلاعات ارائه‌شده ممکن است توسط سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکتهای وابسته به d/b/a

Ascension Illinois تأیید شود، و من به سیستم بهداشتی Alexian Brothers، شرکتهای وابسته به d/b/a Ascension Illinois اجازه می‌دهم تا با اشخاص ثالث تماس بگیرد تا صحت اطلاعات ارائه‌شده در این درخواست را تأیید کند. می‌دانم که اگر آگاهانه اطلاعات نادرستی در این درخواست ارائه دهم، فاقد صلاحیت برای دریافت کمک مالی در نظر گرفته خواهم شد، ممکن است کمک مالی اعطاشده به من لغو شود و مسئولیت پرداخت صورتحساب(ها) بر عهده من خواهد بود.

امضای متقاضی _____

تاریخ _____

نظرات _____