

مهم: امکان دارد بتوانید مراقب رایگان یا دارای تخفیف دریافت کنید: تکمیل این درخواست به AMITA Health کمک می‌کند تشخیص دهد آیا شما می‌توانید خدمات رایگان یا دارای تخفیف یا سایر برنامه‌های عمومی را دریافت کنید تا در پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شما کمک شود. لطفاً این درخواست را به نشانی نوشته‌شده در توصیه‌نامه 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 AMITA Health کمک می‌کند تشخیص دهد آیا صلاحیت هر کدام از برنامه‌های عمومی را دارید یا نه. برای هر کدام از سؤالات درخواست که علامت «اختیاری» دارد، پاسخ شما (یا عدم پاسخ‌دهی) هیچ تأثیری بر نتیجه درخواست نخواهد داشت.

به منظور اینکه بعد از تاریخ خدمات، در اسرع وقت درخواست مراقبت رایگان یا دارای تخفیف ارائه دهید، لطفاً این فرم را تکمیل و آن را به صورت حضوری یا از طریق پست، پست الکترونیکی یا فاکس به AMITA Health ارسال کنید. درخواستتان را تا حداکثر ۲۴۰ روز بعد از صدور اولین صورتحساب مراقبت‌هایتان خواهیم پذیرفت. با ارسال این درخواست، شما تأیید می‌کنید که با حسن نیت تمام اطلاعات درخواست را ارائه داده‌اید تا به AMITA Health کمک کنید تشخیص دهد آیا بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا نه. در صورت داشتن هرگونه سؤال درباره روند درخواست، می‌توانید از طریق شماره ارائه‌شده با بخش مشاوره مالی AMITA Health تماس بگیرید و پرسش یا نگرانی خود را مطرح کنید: ۲۲۵۲-۶۹۳-۸۸۸.

می‌توانید شکایات یا نگرانی‌های بیماران بیمه‌نشده درخصوص 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. شماره تلفن مستقیم رایگان Health Care Bureau (دفتر مراقبت‌های بهداشتی) ۱-۸۷۷-۳۰۵-۵۱۴۵ (تله‌تایپ ۱-۸۰۰-۹۶۴-۳۰۱۳) 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 - به نظر خودتان کدام یک از موارد زیر هستید: مرد زن مرد تراجنسیتی/ مرد ترنس/ زن-به-مرد (FTM)

زن تراجنسیتی/ زن ترنس/ مرد-به-زن (MTF) نادوگانه/جنسیت منحصرأ مرد یا زن در نظر گرفته نمی‌شود دسته‌های جنسیتی دیگر (یا سایر)

اختیاری - هویت جنسیتی: در اصل چه جنسیتی در گواهی‌نامه تولد شما نوشته شده است: مرد زن

اختیاری - نژاد: سفیدپوست سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا بومی آسیا چینی فیلیپینی ژاپنی کره‌ای ویتنامی

سایر نژادهای آسیایی بومی هاوایی گوآمی یا چامورو ساموآیی سایر نژادهای جزایر اقیانوس آرام

اختیاری - قومیت: هیسپانیک، لاتین، یا تبار اسپانیایی مکزیکی، آمریکایی مکزیکی، چیکانو پورتوریکویی کوبایی دیگر تبار هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی

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

اگر بله، چه زبانی؟: _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالات _____ کد پستی _____

اختیاری - شماره تأمین اجتماعی _____

کارفرما _____ وضعیت استخدام _____

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 تأهل _____ شماره تلفن _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدام _____

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 تأهل _____ شماره تلفن _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدام _____

شماره تلفن کارفرما _____

افراد تحت تکفل طرف مسئول

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

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

تعداد بزرگسالان و کودکانی که در خانوار زندگی می کنند _____

نظرات

نامه حامی مالی

شماره سابقه پزشکی بیمار/شماره حساب _____

نام حامی مالی _____

نسبت با بیمار/متقاضی _____

نشانی حامی مالی _____

خطاب به: AMITA Health

این نامه برای توصیه آن است که (نام بیمار) _____ درآمدی ندارد یا درآمد کمی دارد و من برای پرداخت مخارج زندگی به او کمک می‌کنم. او تعهد کمی نسبت به من دارد یا تعهدی ندارد.

با امضا کردن این بیانیه، با آگاهی کامل موافقت می‌کنم که اطلاعات ارائه شده صحیح است.

_____ امضای حامی مالی

_____ تاریخ

بیمار/متقاضی محترم،

AMITA Health با تکیه بر همدردی کار می‌کند و به ارائه مراقبت شخصی شده برای همه—به‌خصوص افراد نیازمند اختصاص دارد. ارائه کمک مالی به بیماران، مأموریت و افتخار ما است. کمک مالی فقط برای مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی در دسترس است. از اینکه برای مراقبت از خود و خانواده‌تان در زمینه نیازهای مراقبت بهداشتی به ما اعتماد دارید سپاسگزاریم.

به دلیل دریافت درخواست شما، این نامه و درخواست کمک مالی ضمیمه شده را 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 ظرف شش ماه گذشته درخواستی 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.

به همراه درخواست، لطفاً نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به عنوان گواهی درآمد ارائه دهید. اگر متأهل هستید یا به مدت 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 به عنوان گواهی درآمد خود ارائه دهد.

- کپی ۳ فیش حقوقی اخیر از کارفرما
- کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی سالانه (اگر شغل آزاد دارید، 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 ذکر شده در فرم مالیاتی ولی یا سرپرست است و سن او کمتر از ۲۵ سال است
- دیگر مدارک اعتبارسنجی درآمد
- کپی صورت حساب بانکی ۳ ماه گذشته
- نسخه رسید مزایای بیکاری

اگر از اعضای خانواده یا دوستان کمک دریافت می‌کنید یا در خانه‌ای با آن‌ها زندگی می‌کنید، لطفاً از آن‌ها بخواهید فرم ضمیمه شده با برچسب «نامه حمایت مالی» را تکمیل کنند. با تکمیل این فرم، شخص هیچ مسئولیتی نسبت به پرداخت صورتحساب پزشکی شما پیدا نمی‌کند. این کار به تشخیص اینکه چگونه می‌توانید از عهده مخارج زندگی برآید کمک می‌کند. اگر کمکی از خانواده و دوستان دریافت نمی‌کنید، لازم نیست فرم «نامه حمایت مالی» را تکمیل کنید.

در نهایت، لطفاً گواهی هزینه‌های پزشکی و دارو/داروخانه پرداخت نشده ماهانه را نیز ارائه کنید.

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

لطفاً به خاطر 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 به غیر از مخاطب مورد نظر آن را بخوانند، هرچند غیرمحمول 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.

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

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

اگر سؤالی درباره این درخواست دارید، لطفاً از طریق این شماره با یکی از «نمایندگان بیمار» ما تماس بگیرید: ۸۸۸-۶۹۳-۲۲۵۲.

با احترام،

خدمات مالی بیمار
AMITA Health