

هدف Hoag Orthopedic Institute به عنوان یک بیمارستان غیرانتفاعی و مذهبی، ارائه با کیفیت ترین خدمات مراقبت از سلامت به انجمن های تحت سرویس دهی آن است. سیاست های کمک مالی ما نشان دهنده تعهد ما به بیمارانی است که در بیمارستان ها یا دیگر مراکز بیمارستانی ما به دنبال درمان خود هستند. یکی از اصلی ترین بخش های اجرای تعهداتمان این است که فرصت هایی را در اختیار بیمارانمان قرار دهیم تا کمک مالی برای خدمات مراقبت از سلامت دریافت کنند.

به پیوست این نامه یک فرم درخواست برای تعیین واجد شرایط بودن برای Financial Assistance Program Hoag Orthopedic Institute (برنامه کمک مالی) ارائه شده است. اگر شرایط مالی شما طوری است که از معیارهای تعیین شده در سیاست مالی Hoag Orthopedic Institute برای واجد شرایط بودن برخوردار هستید، ممکن است بخشی یا کل بدهی شما بخشیده شود. برای بررسی این امر و تعیین واجد شرایط بودن شما در کنار فرم درخواست به موارد زیر نیز نیاز است:

- فرم درخواست پیوست شده به طور کامل تکمیل شود
 - باید فرم درخواست کمک مالی را امضا کرده و تاریخ را در آن درج کنید. اگر بیمار/ضامن و/یا همسر او اطلاعات را ارائه می کند، هر دو نفر باید این فرم درخواست را امضا کنند.
 - کپی جدیدترین چک پرداخت کرایه لغو شده، قرارداد رهن یا پرداخت رهن
 - کپی دو (2) فیش حقوقی یا W2 آخر در رابطه با درآمد اعضای خانواده
 - کپی دو (2) صورت حساب بانکی جدید (حساب های پس انداز/جاری مشترک)
1. لطفاً همه صفحه ها را ارائه کنید
- کپی اعلامیه ناتوانی، پرداخت تأمین اجتماعی، اعلامیه بیکاری در مورد مزایای واجد شرایط، بازنشستگی، مستمری، اعلامیه دریافت سود و بهره بانکی و صورت حساب سپرده ها
 - اگر منبع درآمد یا گواهی اثبات کننده درآمد ندارید، لطفاً در نامه ای توضیح دهید که چطور هزینه خودتان و خانواده تان را تأمین می کنید و آن را امضا کنید.
 - اظهارنامه کتبی و امضا شده توسط یکی از اعضای خانواده یا دوستان که اتاقی در اختیار شما قرار داده و/یا درآمدی را به شما اختصاص داده است.
 - کپی جدیدترین فرم برگشت مالیاتی 1040، از جمله کلیه پیوست ها و زمانبندی های کاربردی که برای (IRS، سرویس درآمد داخلی) ارسال شده است
 - اگر جدیدترین فرم برگشت مالیاتی 1040 را ارائه نمی کنید، به یکی از موارد زیر نیاز خواهیم داشت:
 - نامه پاداش تأمین اجتماعی
 - گواهی عدم ارائه صورت وضعیت مالیاتی از IRS (برای دریافت یک کپی با شماره 800-829-1040 تماس بگیرید)
 - در نامه ای توضیح دهید که چرا فرم برگشت مالیات فدرال را امضا نکرده اید یا درخواست فرصت بیشتر برای پرداخت مالیات کرده اید و این نامه را امضا کنید.
 - اگر به صفحه اضافی و فضای بیشتر برای پاسخگویی به هرکدام از سؤال ها نیاز دارید، یک صفحه دیگر اضافه کنید

ما فکر می کنیم که درآمد شما در سوابق مالیاتی قبلی به درستی نشان دهنده وضعیت فعلی شما نیست. در این صورت لطفاً توضیح کوتاهی ارائه کنید و بگویید که وضعیت مالی فعلیتان چطور است.

مهم است که فرم درخواست کمک مالی را تکمیل کنید و همراه با سایر اسناد مورد نیاز در مدت زمان پانزده (15) روز ارسال کنید. برای ارسال درخواست کمک مالی:

• شماره فکس: 949-764-7031

• آدرس پستی:
Patient Financial Services
500 Superior Ave, Suite 250
Newport Beach, CA 92663-3657

بعد از بررسی درخواست شما در مدت زمان 30 روز بعد از دریافت درخواست، تصمیم خود را به اطلاع شما می رسانیم. اگر می خواهید درباره حسابتان صحبت کنید یا اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق شماره 949-764-8400 با ما تماس بگیرید. ساعت های کاری ما دوشنبه تا جمعه از 8.30 صبح تا 4.30 عصر است.

درخواست کمک مالی

نام		تاریخ تولد		همسر/شریک زندگی		تاریخ تولد	
آدرس		شهر		ایالت		کد پستی	
مدت زمان اقامت در آدرس فعلی		کانتی		وضعیت تأهل		مستأجر	
ماه		سال		متاهل		مطلقه	
شماره تلفن همراه		شماره محل کار		شماره منزل		شماره تلفن همراه همسر	
نام خانوادگی		نام		نام وسط		نام	
متقاضی		نام		تاریخ تولد		رابطه با	
1							
2							
3							
4							
خود شخص				همسر			
شماره تأمین اجتماعی		شماره تأمین اجتماعی		شماره تأمین اجتماعی		شماره تأمین اجتماعی	
کارفرما		کارفرما		کارفرما		کارفرما	
آدرس محل کار		آدرس محل کار		آدرس محل کار		آدرس محل کار	
شغل		شغل		شغل		شغل	
مدت زمان اشتغال:		مدت زمان اشتغال:		مدت زمان اشتغال:		مدت زمان اشتغال:	
سال		سال		سال		سال	
ماه		ماه		ماه		ماه	
ساعات کار در طول هفته		ساعات کار در طول هفته		ساعات کار در طول هفته		ساعات کار در طول هفته	

درآمد: نشان دهنده کل رسیدهای نقدینگی دریافتی از همه منابع قبل از مالیات.

درآمد خالص ماهیانه همسر

درآمد خالص ماهیانه خودتان

	درآمد خالص		درآمد خالص
	SSI/SSDI/Social Security		شماره تأمین اجتماعی/SSI/SSDI
	کمک عمومی		کمک عمومی
	درآمد حاصل از اجاره ملک		درآمد حاصل از اجاره ملک
	بازنشستگی/مستمری		بازنشستگی/مستمری
	جبران خسارت کارگری		جبران خسارت کارگری
	بیکاری		بیکاری
	حمایت فرزند		حمایت فرزند
	سایر موارد		سایر موارد
	مقدار کل		مقدار کل

درآمد ترکیبی خالص ماهیانه:

	طرح بازنشستگی		نقدینگی		حساب جاری
	ارزش خالص ملک		حساب Trust		پس انداز
	سایر موارد		اتحادیه اعتباری		سهام/اوراق قرضه
بیمه سلامت	بیمه عمر		بیمه ماثین		پرداخت هزینه منزل/کرایه
آب و فاضلاب	غذا		تلفن ثابت/همراه		مالیات بر دارایی
هزینه های پزشکی	هزینه مهدکودک		هزینه خودرو		بیمه اموال
سایر موارد/مشخص کنید:	هزینه حمایت فرزند		هزینه خودرو		گاز
	مقدار کل				برق

(یعنی 2 گواهی حقوقی برای هر فردی که دستمزد دارد، Social Security (SS)، شماره تأمین اجتماعی)،
Social Security Disability (SSDI) Supplemental Security Income، درآمد تکمیلی اجتماعی)،
SSDI Insurance، ناتوانی شماره تأمین اجتماعی)، کمک عمومی، درآمد حاصل از کرایه، بیکاری،
مستمری، مزایای VA، بیکاری، جبران خسارت کارگری، حمایت فرزند، نفقه یا دیگر موارد)

گواهی درآمد _____

کپی جدیدترین فرم برگشت مالیاتی 1040، از جمله کلیه پیوست ها و زمانبندی های کاربردی _____

کپی دو (2) صورتحساب بانکی (سپرده/جاری) از همه صفحات. _____

کپی جدیدترین چک پرداخت کرایه لغو شده، قرارداد رهن یا پرداخت رهن _____

اظهارنامه کتبی یکی از اعضای خانواده یا دوستتان که اتاقی در اختیار شما قرار داده و/یا درآمدی را به شما اختصاص داده است. _____

تخصیص حقوق

با امضای این فرم، من اعلام می کنم که با اطلاع از قانون مجازات دروغ، کلیه اطلاعات و اظهارات عنوان شده در این فرم درخواست کمک مالی و کلیه اسنادی که ارسال کرده ام همگی صحیح و دقیق هستند. شما در اینجا به ما اجازه می دهید که این درخواست را برای بررسی و اجد شرایط بودن برای کمک مالی مورد ارزیابی قرار دهیم.

من می دانم که Hoag Orthopedic Institute در صورت لزوم درخواست می کند اطلاعات و تأییدیه های بیشتری در اختیارش قرار بگیرد.

من می دانم که اطلاعات و اظهارنامه هایی که ارائه کرده ام به صورت محرمانه توسط Hoag Orthopedic Institute حفظ می شوند.

من می دانم که تکمیل این فرم درخواست به Hoag Orthopedic Institute امکان می دهد شرایط من را مورد بررسی قرار دهد.

من می دانم که Hoag Orthopedic Institute هیچ اظهاری نکرده است مبنی بر اینکه کمک مالی حتماً به صورت تضمینی ارائه خواهد شد.

من/ما در اینجا تأیید می کنم/می کنیم که اطلاعات عنوان شده در بالا صحیح هستند و به صورت داوطلبانه به شما اجازه می دهم/می دهیم که اطلاعات اعتباری مرتبط با من/ما را به دست بیاورید.

تاریخ

امضا

تاریخ

امضا

