

درخواست کمک مالی

تاریخ خدمات: _____

شماره حساب: _____

نام مریض یا درخواست کننده: _____

آدرس: _____

شهر: _____

ایالت: _____

کود _____

پستی: _____

تلیفون: _____ وضعیت تاهل: _____

قسمت ذیل باید برای در نظر گرفتن کمک مالی مکمل شود. لطفاً توجه داشته باشید که مریضان بدون بیمه باید قبل از دریافت کمک، با فروشنده واجد شرایط بودن برای بیمه ما، همکاری کنند.

(لیست همسر و اطفال مربوطه خورد تر از 18 ساله که در خانوار زندگی می کنند و تاریخ تولد آنها)

نام	قرابت با مریض	تاریخ تولد	مجموع عایدات ناخالص در مدت 3 ماه قبل از تاریخ خدمات	مجموع عایدات ناخالص در مدت 12 ماه قبل از تاریخ خدمات	نام استخدام کننده منبع عایداتی (اگر محصل هستید اعلام کنید)
	خود				

1. اگر مجموع عایدات خود را صفر اعلام کرده اید، شما از چه طریقی حمایت دریافت می کنید؟

2. در آخرین ملاقات در کدام ایالت سکونت داشتید؟

3. آیا برای MEDICAID یا برای هر نوع کمک دیگر کاونتی، درخواستی داده اید؟ بله (تاریخ/ایالت) نخیر

4. آیا در تاریخ دریافت خدمات بیمه صحتی داشتید؟ بله (کپی کارت مربوطه را همراه این درخواست ارائه کنید) نخیر

5. آیا تاریخ دریافت خدمات مربوط به یک حادثه واسطه نقلیه بود؟ بله (نام بیمه/نمبر ادعا نامه _____) نخیر

6. آیا کدامیک از اشخاص خانواده شما حساب جاری یا پس انداز دارند؟ بله (مقدار _____) نخیر

7. آیا کدامیک از اشخاص در خانه شما کدام دارایی دیگری دارد؟ بله (نوع/مقدار _____) نخیر

8. آیا شما مالک خانه خود هستید یا آن را کرایه کرده اید؟ مالک کرایه سایر (_____)

برای دارایی های ذکر شده در فوق باید موارد زیر را برای هر عضو خانوار ارائه کنید:

(لطفاً موارد دریافت شده را علامت بزنید)

- اشتغال = عایدات 3 یا 12 ماه کار شخصی = فورمه های تکمیل شده مالیاتی شامل جدول C
 بیکاری = نامه امتیاز حمایت از طفل = اسناد حکم محکمه
 تأمین اجتماعی = نامه امتیاز سایر = مدرک هر نوع عایدات دیگر مثل سود سهام، ربح، عایدات از کرایه
 معاش تقاعدی یا از معلولیت = نامه امتیاز حساب جاری/ پس انداز = صورتحساب (استتمنت) 30 روز اخیر برای هر حساب

تصدیق: اینجانب با امضای این اسناد، تأیید می کنم که جواب های ذکر شده در این درخواستی صحیح هستند. چنانچه بررسی بعدی درخواست کمک مالی شخص، نشان بدهد که معلوماتی که توسط این شخص ارائه شده، غلط یا متقلبانه بوده است، ممکن است تصمیم ارائه کمک مالی لغو شود و برای جانب مسئول صورتحساب صادر شود. اینجانب درک می کنم که معلوماتی را که ارائه می دهم توسط ارائه دهنده خدمات شفاخانه ای من به روش هایی بشمول استفاده از سازمان های راپور دهی کریدیت، مورد بررسی قرار گرفته و همچنین در صورت ضرورت توسط سایر سازمان های فدرال و/یا ایالتی بررسی می شود.

امضای مریض: _____ تاریخ: _____

امضای درخواست کننده یا نماینده: _____

قرابت: _____

تاریخ: _____

(اگر خود مریض نیست)

درخواست تکمیل شده و مستندات را به این آدرس پست کنید:

Mercy Health Public Benefits Dept

PO Box 631774

Cincinnati, OH 45263-1774