

John Muir Health مفتخر است برنامه ای برای بیمارانی ارائه دهد که برای پرداخت صورت حساب های پزشکی خود به کمک نیاز دارند. این برنامه کاملاً توسط خود John Muir Health به عنوان بخشی از تعهد ما به اجتماعی که به آن خدمت می کنیم تأمین مالی می شود. لطفاً توجه داشته باشید که پذیرش در برنامه کمک هزینه مالی بیماران John Muir Health هزینه خدمات ارائه دهنده را که مستقیماً در استخدام این مرکز پزشکی نیستند یا خدماتی را که در خارج از بیمارستان های ما ارائه شده باشند پوشش نمی دهد. این برنامه فقط حساب های مربوط به خدمات بیمارستانی ارائه شده را پوشش می دهد که یک صورت حساب اولیه برای آنها به شما ارائه شده است و به طور خودکار خدمات آینده را پوشش نمی دهد.

بررسی تقاضانامه شما نیازمند برخی مدارک مشخص است. از آنجا که برنامه کمک هزینه مالی بر مبنای درآمد خانوار است، لطفاً اطلاعاتی را که در زیر درخواست شده است برای خودتان و تمامی افراد بزرگسال ساکن در خانوارتان که شما را در اظهارنامه مالیاتی خود گزارش می دهند یا به تأمین مخارج زندگی شما کمک می کنند ارائه دهید. اگر قادر نیستید اطلاعات زیر را ارائه دهید، لطفاً توضیح کتبی ارائه دهید.

شرط صلاحیت اولیه:

- باید درآمد خانوار شما معادل یا پایین تر از 400% دستورالعمل های فقر فدرال (FPG) بر مبنای اعضای خانوار باشد. برای آستانه های درآمد، لطفاً به جدول زیر رجوع کنید.

اندازه خانواده	1	2	3	4	5	6	7	8	9
400% FPG	62,600	\$84,600	\$106,600	\$128,600	\$150,600	\$172,600	\$194,600	\$216,600	\$222,100

شرایط مدارک:

- اظهارنامه مالیاتی مربوط به سالی که اولین بار صورت حساب برای بیمار صادر شده است؛ یا 12 ماه قبل از زمانی که اولین بار صورت حساب برای بیمار صادر شده است یا فیش های حقوقی مربوط به بازه 6 ماهه قبل یا بعد از اولین باری که بیمارستان صورت حساب مربوط به هر یک از اعضای خانواده را برای بیمار صادر کرده است. [تعریف عضو خانواده به صورت (1) برای افراد سنین 18 سال و بالاتر، همسر، هم خانه قانونی طبق تعریف بخش 297 از مجموعه قوانین خانواده، و کودکان وابسته زیر سن 21 سال، یا در صورت توان یاب بودن، هر سنی، مطابق با بخش 1614(a) قسمت A از عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی، چه در خانه زندگی کنند یا خیر. (2) برای افراد زیر سن 18 سال یا برای کودک وابسته سن 18 تا 20 سال، فراگیر، والدین، خویشاوندان مراقب و سایر کودکان وابسته والدین یا خویشاوندان مراقب زیر سن 21 سال، یا در صورت توان یاب بودن، هر سنی، مطابق با بخش 1614(a) از قسمت A عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی.] اگر بیمه ندارید:
- به بیماران سنین بالای 18 سال توصیه شود از طریق Covered California به شماره 975-1142 (888) برای پوشش پزشکی تقاضا دهند و یک کپی از نامه جوابیه را که وضعیت رد شدن یا پذیرش متقاضی در برنامه ها را قید می کند ارائه دهند. یک کپی از کارت بیمه را در صورت اطلاق پیوست کنید.
- اگر بیمار خردسال است یا پشتیبانی کودکان خردسال را بر عهده دارد، به بیمار توصیه می شود برای Medi-Cal به شماره-709 (800) 8348 تقاضا دهد و یک نسخه از نامه جوابیه را که وضعیت رد شدن یا پذیرش در برنامه ها را قید می کند ارائه دهد.
- به علاوه، اگر بیمه دارید:
- مدرکی که نشان دهد هزینه های پزشکی شما (شامل همه افرادی که در خانوار شما هستند) از کمتر از 10% درآمد خانواده خانوار شما در 12 ماه قبل از تقاضا یا درآمد فعلی خانواده شما تجاوز کرده است. فهرست صورت حساب های پزشکی پرداخت شده یا نشده.
- توجه: اگر تقاضانامه امضا شده و اطلاعات تکمیل شده شما دریافت نشود، John Muir Health قادر به بررسی درخواست شما برای کمک هزینه نخواهد بود و فعالیت تحصیلداری ادامه خواهد یافت.
- اگر سؤالی دارید، لطفاً با بخش خدمات مشتریان ما تماس بگیرید: (925) 947-3336.

1. اطلاعات بیمار	
نام خانوادگی	نام
	تاریخ تولد:

2. اطلاعات متقاضی		نسبت با بیمار ☐ خود ☐ همسر ☐ والدین ☐ سایر		وضعیت تأهل ☐ متأهل ☐ مجرد	
نام خانوادگی		نام		تاریخ تولد:	
شماره تأمین اجتماعی		کد زیپ		شهرستان	
نشانی خیابان (بدون صندوق پستی)		شهر		ایالت	
چه مدت در این نشانی بوده اید؟		آیا در حال حاضر شاغل هستید؟		مدت اشتغال؟	
تلفن منزل		تلفن همراه		راه ارتباطی دیگر	

3. اطلاعات عمومی				
آیا بیمار دارای قیم قانونی است؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر بله، لطفاً اطلاعات قیم را در زیر ارائه دهید)				
نام خانوادگی		نام		نسبت با بیمار ☐ خود ☐ همسر ☐ والدین ☐ سایر _____
نشانی خیابان	شماره آپارتمان/سوییت	شهر	ایالت	کد زیپ

4. اطلاعات خانواده و تدارکات مسکن
(برای فردی که مسئولیت مالی حساب را بر عهده دارد، اگر غیر از بیمار است)

تعداد اعضای خانوار شما با احتساب خودتان چقدر است؟ _____ چند نفر از اعضای خانوار به تأمین مالی شما کمک می کنند _____

چند نفر از اعضای خانوار که در خانوار شما زندگی می کنند سن پایین تر از 21 سال دارند و شما مسئولیت مالی آنها را بر عهده دارید؟ _____

نام	سن	درآمد	نسبت

آیا مالک خانه خود هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا در خانه والدین خود یا فرد بزرگسال دیگری زندگی می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا اجاره می بردازید؟ ☐ بله ☐ خیر مبلغ اجاره در ماه؟ _____

آیا در حال حاضر کمک هزینه مالی برای رفتن به مدرسه دریافت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر
مبلغ کل پشتیبانی مالی: _____ دلار/ترم یا _____ سال
آیا در حال حاضر حمایت های دولتی دریافت می کنید؟ لطفاً همه مواردی را که صدق می کند علامت بزنید.
☐ کوپن غذا ☐ مساعدت مسکن ☐ توان یابی ☐ رفاه/WIC ☐ سایر (لطفاً توضیح دهید): _____
آیا والدین یا سرپرست شما در مالیات بر درآمد خود شما را به عنوان وابسته ثبت می کنند؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا سال گذشته مالیات خود را اظهار کردید؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا تراز درآمد ناخالص شما کمتر از 14,600 دلار بود ☐ بله ☐ خیر

5. اطلاعات بیمه سلامت و اشتغال (برای بیمار این حساب)
آیا در حال حاضر شاغل هستید یا در زمان دریافت خدمات پزشکی خود شاغل بودید؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا کارفرمای شما بیمه سلامت به کارکنان خود ارائه می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر آیا شما تحت پوشش این بیمه سلامت هستید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر خیر، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید. _____
آیا همسر/هم خانه قانونی شما (یا والدین، اگر بیمار خردسال است) در حال حاضر شاغل است یا در زمان دریافت خدمات پزشکی شما شاغل بود؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا کارفرمای همسر/هم خانه قانونی شما (یا والدین، اگر بیمار خردسال است) بیمه سلامت به کارکنانش ارائه می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا شما تحت پوشش این بیمه سلامت هستید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر خیر، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید. _____

6. سایر برنامه ها (برای بیمار این حساب)
آیا ظرف 12 ماه از این تقاضانامه، برای هر کدام از برنامه های فهرست شده در زیر تقاضا داده اید؟ لطفاً همه برنامه هایی را که صدق می کند علامت بزنید.
☐ Medi-Cal ☐ سلامت خانواده ☐ Medicare ☐ مراقبت پایه بزرگسالان ☐ قربانیان جرایم خشن ☐ ازکارافتادگی ایالت

7. مدارک اثبات کننده

(برای تمامی بزرگسالانی که در خانوار زندگی می کنند و به تأمین مالی شما کمک می کنند الزامی است) [تعریف عضو خانواده به صورت (1) برای افراد سنین 18 سال و بالاتر، همسر، هم خانه قانونی طبق تعریف بخش 297 از مجموعه قوانین خانواده، و کودکان وابسته زیر سن 21 سال، یا در صورت توان یاب بودن، هر سنی، مطابق با بخش (a) 1614 قسمت A از عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی، چه در خانه زندگی کنند یا خیر. (2) برای افراد زیر سن 18 سال یا برای کودک وابسته سن 18 تا 20 سال، فراگیر، والدین، خویشاوندان مراقب و سایر کودکان وابسته والدین یا خویشاوندان مراقب زیر سن 21 سال، یا در صورت توان یاب بودن، هر سنی، مطابق با بخش (a) 1614 از قسمت A عنوان XVI قانون تأمین اجتماعی.

اگر تمامی مدارک ارائه نشود، ممکن است تقاضانامه رد شود. اگر هر کدام از مدارک موجود نیست، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید.

- اظهارنامه مالیاتی مربوط به سالی که اولین بار صورت حساب برای بیمار صادر شده است؛ یا 12 ماه قبل از زمانی که اولین بار صورت حساب برای بیمار صادر شده است
- یا
- فیش های حقوقی مربوط به بازه 6 ماهه قبل یا بعد از اولین باری که بیمارستان صورت حساب مربوط به هر یک از اعضای خانواده را برای بیمار صادر کرده است

8. توضیحات

هر گونه اطلاعات تکمیلی را که مایل به ارائه هستید اما در این تقاضانامه درخواست نشده است وارد کنید.

9. امضا و تاریخ (الزامی برای متقاضی)

گواهی می دهیم که تمامی این اطلاعات درست و کامل هستند و بدین وسیله به John Muir Health مجوز می دهیم درخواست گزارش اعتبار بدهد و/یا هر کدام از اطلاعات فوق را که لازم می داند راستی آزمایی کند. واقف هستیم که ممکن است تقاضانامه های ناقص، شامل تقاضانامه فاقد امضا، رد شوند. موافقت می کنم که هر گونه تغییر در شرایط مالی خود را که ممکن است در واجدیت شرایط من برای کمک هزینه مالی تأثیر بگذارد به John Muir Health اطلاع دهیم.

امضای متقاضی**تاریخ**

لطفاً تقاضانامه و تمامی اطلاعات را به نشانی زیر بازگردانید:

**JOHN MUIR HEALTH
5003 COMMERCIAL CIRCLE
CONCORD, CA 94520
ATTN: SINGLE BUSINESS OFFICE**

تقاضانامه تکمیل شده کمک هزینه
بیماران شما به همراه مدارک درخواست
شده از فعالیت های تحصیلاتی بیشتر
روی حساب محافظت خواهد کرد

لطفاً دقت کنید که تمام قسمت های تقاضانامه را تکمیل کنید و آن را به همراه تمامی مدارک لازم که در ضمیمه نامه فهرست شده است ارسال کنید.

ممکن است تقاضانامه های ناقص واجد شرایط صلاحیت برنامه نشوند.

لطفاً در خصوص موارد زیر با خدمات مشتریان به شماره 925-947-3336 تماس بگیرید:

- هر گونه سؤال درباره تقاضانامه
- کمک در خصوص تکمیل تقاضانامه