



فرم درخواست برنامه کمک مالی بیمارستان
(Hospital Financial Assistance Program Application)
P.O Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
تلفن: 470-245-9998

اطلاعات بیمار: شهر و ایالت متحده: بله خیر

شماره پرونده پزشکی (Medical Record Number, MRN): نام مرکز: _____

نام بیمار: شماره SS: تاریخ تولد: _____

مشخصات ضامن و اسپانسر: متاهل مطلقه جدا شده بیوه مجرد

نام ضامن: شماره SS: نسبت با بیمار: _____

تاریخ تولد: / / نشانی خانه: _____

شماره تلفن: () تلفن دیگر: () _____

کارفرما 1: نشانی: _____
سالانه یا دستمزد ساعتی: _____
شماره کار: _____
مبیت: _____
کار تماموقت، پاروقت یا بیکار (دور یکی دایره بکشید)

کارفرما 2: نشانی: _____
سالانه یا دستمزد ساعتی: _____
شماره کار: _____
مبیت: _____
نام همسر: شماره SS: تاریخ تولد: / /

کارفرما 1: نشانی: _____
سالانه یا دستمزد ساعتی: _____
شماره کار: _____
مبیت: _____
کار تماموقت، پاروقت یا بیکار (دور یکی دایره بکشید)

کارفرما 2: نشانی: _____
سالانه یا دستمزد ساعتی: _____
شماره کار: _____
مبیت: _____
کار تماموقت، پاروقت یا بیکار (دور یکی دایره بکشید)

افراد تحت تکفل قانونی (فقط آن افراد تحت تکفل را بنویسید که در فرم اظهارنامه مالیاتی فدرال خود می‌توانید به‌عنوان فرد تحت تکفل معرفی کنید)			
نام (نخست، میانی، خانوادگی)	تاریخ (سال/روز/ماه)	نسبت	
آیا برای Medicaid درخواست داده‌اید؟	/ /		بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
آیا برای Cobra و اجدهشرايط هستند؟	/ /		بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
دارایی‌ها و سایر منابع درآمد			

موجودی حساب جاری: دلار نام بانک: موجودی پس‌انداز: دلار نام بانک:

موجودی حساب به‌مدار: دلار نام بانک: تأمین اجتماعی: دلار مقرری ماهانه: دلار

نقده: دلار کمک‌هزینه کودک: دلار سپرده‌های ثابت:

هر دارایی دیگر، یعنی سهام، اوراق قرضه و غیره: نوع: ارزش (دلار):

آیا بازپرداخت وام تحصیلی دریافت می‌کنید؟ بله یا خیر (دایره بکشید) مبلغ بازپرداخت تحصیلی: دلار

آیا در 3 سال گذشته اعلام ورشکستگی کرده‌اید؟ بله یا خیر (دایره بکشید) اگر بله، تاریخ را مشخص کنید: / /

آیا صاحب ملک اجاره‌ای هستید؟ بله یا خیر (دایره بکشید) اگر بله، درآمد ماهانه چقدر است؟ دلار ارزش ملک: دلار

سیستم سلامت Wellstar متعهد به ارائه کمک‌های مالی به بیمارانی است که به‌دنبال مراقبت‌های پزشکی ضروری در بیمارستان‌های Wellstar بوده‌اند ولی امکاناتشان محدود است یا اصلاً ندارند. Wellstar مراقبت پزشکی اورژانسی را به همه افراد ارائه می‌کند، صرف‌نظر از توانایی پرداخت یا واجدهشرايط بودن آن‌ها تحت برنامه کمک مالی آن.

جهت واجد شرایط بودن برای کمک مالی بیمارستان Wellstar، همکاری با Wellstar در شناسایی و تعیین منابع جایگزین پرداخت یا پوشش از طریق برنامه‌های دولتی و خصوصی پرداخت ضروری است. جهت واجد شرایط بودن برای کمک مالی، موارد زیر لازم است:

اطلاعات فرم درخواست:

یک درخواست درست، دقیق، امضا و تکمیل شده برای کمک مالی تحویل دهید؛ و همه متقاضیان کمک مالی باید مدرکی مبنی بر درآمد خانوار و دارایی‌های خانوار با ارائه موارد مشمول زیر ارائه کنند:

آخرین فرم خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) شماره 1040 و 1099/IRS W-2 (در صورت شامل بودن) که در طول سال گذشته برای مطابقت با فرم 1040 IRS صادر شده است

مدارک زیر را بر اساس وضعیت مالی کنونی ارائه کنید:

- فیش دستمزد سه (3) ماه آخر یا بیانه‌ای از کارفرما مبنی بر تأیید دستمزد ناخالص و صورت حساب بانکی دو (2) ماه آخر برای هر حساب جاری، پس‌انداز، بهره‌دار یا سایر حساب‌های بانکی یا سرمایه‌گذاری برای خانوار را ارائه کنید. همه صفحات از جمله صفحات خالی. یا
- آخرین فرم 1040 IRS (شامل همه زمان‌بندی‌ها) و 1099/IRS W-2 (در صورت شامل بودن) که در طول سال گذشته برای مطابقت با فرم 1040 IRS صادر شده است.

مدارک دیگر (در صورت وجود)

- بیانه‌های کتبی برای دو (2) ماه اخیر برای سایر درآمدها (مثلاً بیمه بیکاری، از کار افتادگی، بازنشستگی، وام‌های تحصیلی، نامه پاداش از اداره تأمین اجتماعی، گزارش سود و زیان فعلی برای همه متقاضیان خوداشتغال، اسناد نفقه به دستور دادگاه، اسناد کمک‌هزینه فرزند به دستور دادگاه، یا بیانه فعالیت کارت مزایا (TANF) و غیره برای خانوار)
- اگر بیکار برای کمتر از 3 ماه باشید - اطلاعیه جدایی از کارفرمای قبلی
- اگر بیکار برای بیش از 3 ماه باشید - استعلام دستمزد (وزارت کار)
- نامه عدم پذیرش بیمه بیکاری
- مدارک مربوط به ارزش دارایی‌ها، ارجله، بدون محدودیت، اظهارنامه‌های مالیات بر دارایی، گواهی‌های سپرده و سایر بیانه‌های سرمایه‌گذاری
- بیانه‌های مشارکت از افرادی که از نظر درآمد یا به صورت کمک غیر نقدی به بیمار کمک می‌کنند.
- هیچگونه تغییر یا ویرایش در اسناد مجاز نیست.

این اطلاعات باید ظرف 30 روز دریافت شوند تا درخواست شما پردازش شود. حساب‌های واجد شرایط برای بررسی کمک مالی تحت برنامه کمک مالی سیستم سلامت Wellstar، باید فرم‌های درخواست را تکمیل کرده و ظرف 240 روز از تاریخ اولین صورت حساب پس از ترخیص تحویل داده باشند. Wellstar این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که در صورت عدم سازگاری، حساب شما را برای برنامه کمک مالی پردازش نکند. اگر درباره این برنامه پرسشی دارید یا به کمک نیاز دارید، می‌توانید با Wellstar تماس بگیرید:

بخش برنامه کمک مالی (Financial Assistance Program, FAP) دفتر صورت حساب واحد (Single Billing Office, SBO)، شماره دورنگار: 770-792-1737 یا شماره تلفن: 470-245-9998، PO BOX 748733 Atlanta, GA 30374

توضیحات:

بدینوسیله درخواست می‌کنم که Wellstar واجد شرایط بودن من را برای برنامه کمک مالی‌اش تعیین کند. من می‌دانم که اطلاعاتی که درباره درآمد سالانه و تعداد اعضای خانواده‌ام ارائه می‌کنم باید تأیید شوند. همچنین می‌دانم که اگر اطلاعاتی که ارائه می‌کنم نادرست تشخیص داده شوند، این امر منجر به رد صلاحیت برای کمک مالی خواهد شد. من همچنین موافقت می‌کنم که مقررات فرآیند درخواست و بررسی برای هر گونه کمک (مثلاً Medicare، Medicaid)، کمک ایالتی (برای سرطانی)، توانبخشی حرفه‌ای، بیمه و غیره) را که ممکن است برای پرداخت هزینه‌های حساب Wellstar من قابل استفاده باشد، پیروی کنم. من در انجام هر اقدام که ممکن است برای به دست آوردن این نوع کمک ضروری تلقی شود به طور کامل همکاری خواهم کرد و مبلغ به دست آمده را برای هزینه‌های Wellstar اختصاص خواهم داد یا به Wellstar پرداخت خواهم کرد. من موافقت می‌کنم که هر موجودی باقیمانده را پس از تعدیل برنامه کمک مالی پرداخت کنم. عدم انجام این کار ممکن است منجر به لغو تخفیف‌های برنامه کمک مالی شود. یک فرم تکمیل شده برای درخواست برنامه کمک مالی برای یک ضامن معتبر است.

من تأیید می‌کنم که اطلاعات بالا تا آنجا که می‌دانم درست و صحیح است.

امضای ضامن: _____ تاریخ: _____

سناریوها و اسناد دیگر قابل قبول به جای اسناد درخواست شده:

□ اگر درآمد سال جاری کمتر از درآمد اعلام شده در اظهارنامه مالیاتی است، لطفاً به جای اظهارنامه مالیاتی، صورت حساب بانکی دو ماهه (بدون صفحه حذف شده) و فیش حقوقی 3 ماهه را ارائه کنید

در صورت عدم امکان ارائه یک کپی از آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال، ارجحاً همه فرم‌های W-2 و 1099 و هر کدام از زمانبندی‌ها، دو مورد از موارد زیر را ارائه کنید:

- فیش حقوقی سه (3) ماه آخر (یا گواهی بیکاری) را ارائه کنید و دو (2) صورت حساب بانکی فعلی را برای همه حساب‌های جاری، پس انداز و بهرمدار ارائه کنید (هیچ صفحه‌ای حذف نشود).
- اگر سپرده‌های جانبی در حساب بانکی وجود داشته باشد، مدارک مربوط به آن سپرده‌ها لازم است.
 - برای پول هدیه یا قرض گرفته شده، نامه از شخصی که هدیه یا قرض داده است.
 - برای ارث، نامه حصر وراثت که مبلغ را تأیید می‌کند.
 - برای IRA، 401k، یا سایر میبالغ بازنشستگی، یا فروش سهام/اوراق قرضه، بیانه‌ای از آن حساب برای تأیید مبلغ داده شده.
 - برای وام‌های بیمه عمر، بیانه‌ای از آن حساب که دادن وام را تأیید می‌کند.
 - برای فروش خودرو، یک کپی از قرارداد فروش.
 - برای نفقه کودک، یک کپی از حکم طلاق که نشان دهنده نفقه کودک است که دستور داده شده است.
 - برای شغلی که فیش دستمزد ندارد، نامه‌ای از کارفرما (حتی اگر دوست یا یکی از اعضای خانواده باشد) که میزان دستمزد و دفعات پرداخت را مشخص می‌کند.
- اگر در 3 ماه گذشته هیچ درآمدی نداشته‌اید، نامه تأیید از شخصی که به شما کمک می‌کند و نیز استعلام دستمزد از وزارت کار در صورت داشتن شماره تأمین اجتماعی.

□ وضعیت‌های دیگر:

- بیمار، پدر یا مادری است که با فرزندان زندگی می‌کند و فرزندان در اظهارنامه مالیاتی خود، والدین را به عنوان تحت تکفل معرفی می‌کنند.
 - لطفاً صورت حساب‌های بانکی، فیش دستمزد حاصل از اشتغال و نامه پشتیبانی خود را ارائه کنید.
- بیمار بیخانمان است.
 - لطفاً استعلام دستمزد را ارائه کنید یا
 - اگر دستمزد را به صورت نقدی دریافت می‌کنید، بیانه درآمد شما و تأییدیه مربوطه از شخصی را که با او زندگی می‌کنید لازم داریم.
- بیمار/متقاضی، زیر بیست و یک سال سن دارد و به عنوان فرد تحت تکفل در اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری معرفی شده است.
 - لطفاً فرم‌های اظهارنامه مالیاتی، W-2 ها، 1099 ها، شامل همه زمانبندی‌ها را برای والدین خود ارائه کنید.
 - اگر والدین اظهارنامه مالیاتی ثبت نکرده‌اند، لطفاً صورت حساب بانکی و فیش‌های دستمزد والدین را ارائه کنید.