

اطلاعات بیمار	مقیم ایالات متحده	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
---------------	-------------------	---

شماره حساب: _____ شرکت: _____
نام: _____ شماره تأمین اجتماعی: _____ تاریخ تولد: _____

اطلاعات ضامن و همسر	متاهل <input type="radio"/>	مطلقه <input type="radio"/>	مترکه <input type="radio"/>	بیوه/ همسر متوفا <input type="radio"/>
---------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

نام: _____ شماره تأمین اجتماعی: _____ نسبت با بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ آدرس منزل: _____

شماره تلفن منزل: _____ () شماره تلفن دیگر: _____ ()

کارفرما (شرکت محل کار): _____ آدرس محل کار: _____

شماره تلفن محل کار: _____ موقعیت سازمانی: _____ پرداخت سالانه و یا ساعتی: _____ کار تمام وقت یا نیمه وقت (دور یک مورد دایره بکشید)

نام همسر: _____ شماره تأمین اجتماعی: _____ تاریخ تولد: _____ / _____ / _____

کارفرما (شرکت محل کار): _____ آدرس محل کار: _____

شماره تلفن محل کار: _____ موقعیت سازمانی: _____ پرداخت سالانه و یا ساعتی: _____ کار تمام وقت یا نیمه وقت (دور یک مورد دایره بکشید)

وابستگان حقوقی (تنها آن دسته از افراد وابسته را که در فرم مالیاتی فدرال شما قابل ادعا خواهند بود فهرست نمایید.)

نسبت	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	نام (نام، نام خانوادگی، پسوند)
بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	/ /	
بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	/ /	
بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	/ /	
بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	/ /	
بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	/ /	
بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	/ /	

آیا برای برنامه مراقبت های بهداشتی Medicaid درخواست داده اید؟
بلی خیر

آیا شرایط صلاحیت بیمه درمانی پس از بازنشستگی Cobra را دارید؟
بلی خیر

دارایی ها و دیگر منابع درآمد

موجودی حساب جاری: _____ نام بانک: _____ موجودی حساب پس انداز: _____ نام بانک: _____ دلار

مستمری ماهیانه: _____ دلار تأمین اجتماعی: _____ حساب بازنشستگی فردی (IRA): _____ حساب سپرده پس انداز موعدهار: _____ دلار حمایت از کودک: _____ دلار

آیا وام دانشجویی دریافت می نمایید؟ بلی یا خیر (دور یک مورد دایره بکشید) وام های دانشجویی: _____ دلار

هزینه معاش: _____ دلار صاحب ملک: بلی یا خیر (دور یک مورد دایره بکشید) هر گونه دارایی دیگر، از جمله سهام، اوراق قرضه، k401 (مستمری سرمایه گذاری مالیات پذیر) _____ دلار

آیا صاحب ملک استیجاری می باشد؟ بلی یا خیر (دور یک مورد دایره بکشید) اگر بلی، درآمد ماهیانه را ذکر نمایید: _____ دلار بهای ملک را ذکر نمایید: _____ دلار

آیا در طی 3 سال گذشته گزارش ورشکستگی به دادگاه ارائه نموده اید؟ بلی یا خیر (دور یک مورد دایره بکشید) اگر بلی، تاریخ آن را ذکر نمایید: _____ / _____ / _____

آیا سهام یا اوراق قرضه خریداری نموده اید؟ بلی یا خیر (دور یک مورد دایره بکشید) اگر بلی، بهای آن را ذکر نمایید: _____ دلار

سامانه سلامت ولستار (WellStar) متعهد به ارائه حمایت مالی به بیمارانی است که در بیمارستان ولستار، مراقبت‌های بهداشتی ضروری دریافت نموده‌اند اما توانایی پرداخت آنها محدود است یا توانایی پرداخت در ازای مراقبت دریافت شده را ندارند. ولستار بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت یا صلاحیت افراد برای شمول در برنامه حمایت مالی، به تمامی افراد مراقبت پزشکی اورژانسی ارائه می‌نماید.

به منظور کسب شرایط شمول در برنامه حمایت مالی بیمارستان ولستار، همکاری با ولستار در راستای شناسایی و تعیین سایر منابع پرداخت یا پوشش توسط بیمه‌های خصوصی و دولتی ضروری است. به منظور شمول در برنامه حمایت مالی، موارد زیر ضروری است:

اطلاعات درخواست:

- برای حمایت مالی، برگه درخواست را به نحو صحیح، دقیق، امضا شده و کامل ارسال نمایید؛ و
- همه متقاضیان حمایت مالی باید مدارک درآمد خانوار و منابع خانوار را با تهیه هر کدام یا تمامی موارد مربوطه که در اینجا فهرست شده‌اند ارائه نمایند:

در صورتی که قادر به ارائه آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال نمی‌باشید، یک یا تمام موارد زیر را ارائه نمایید:

- تبرگ سه (3) ماه آخر از درآمد خود یا اظهارنامه دستمزد ناخالص از کارفرمای خود را تهیه نمایید؛ و یا
- فرم خدمات درآمد داخلی W-2 برای سال گذشته؛ و یا
- آخرین فرم خدمات درآمد داخلی 1040؛ و یا
- اظهارنامه بانکی دو (2) ماه آخر برای حساب های جاری، پس‌انداز، بازار پولی یا سرمایه‌گذاری؛ و یا
- اظهارنامه کتبی دو (2) ماه آخر برای سایر درآمدها (به عنوان مثال، جبران خسارت بیکاری، ناتوانی، بازنشستگی، وام‌های دانشجویی، نامه جایزه از دفتر تامین اجتماعی، گزارش سود و ضرر فعلی برای تمام متقاضیان خوداشتغالی، اسناد و مدارک هزینه معاش، اسناد و مدارک حمایت از کودک، و غیره)؛ و یا
- نامه بیکاری یا عدم پذیرش خسارت بیکاری؛ و یا
- مستندات ارزش دارایی‌ها، از جمله، اظهارات مالیات بر دارایی، گواهی سپرده، 401k (مستمری سرمایه‌گذاری مالیات‌پذیر)، b403 (برنامه پس‌انداز بازنشستگی با شرایط تخفیف مالیات)، حساب بازنشستگی فردی (IRA) و دیگر اظهارات سرمایه‌گذاری - بدون محدودیت؛ و یا
- اظهارات سهم مشارکت از افرادی که به درآمد بیمار می‌افزایند و یا کمک غیر نقدی ارائه می‌نمایند.

این اطلاعات باید به منظور پردازش درخواست شما دریافت شود. اگر طی 240 روز از تاریخ اولین اظهارنامه صورت‌حساب ترخیص، موفق به ارائه اطلاعات فوق نشوید، حق عدم پردازش حساب شما به منظور تأیید برنامه کمک مالی برای ولستار محفوظ است. برای هرگونه سوال یا کمک در زمینه این درخواست می‌توانید با ولستار در:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067، یا با ما از طریق شماره تلفن: 678-838-5750 تماس بگیرید.

نظرات:

بدینوسیله درخواست دارم که ولستار صلاحیت مرا برای برنامه حمایت مالی تعیین نماید. اینجانب درک می‌نمایم که اطلاعات ارائه شده توسط من در زمینه درآمد سالیانه و اندازه خانواده باید راستی‌آزمایی شود. همچنین درک می‌کنم که اگر مشخص شود اطلاعات ارائه شده توسط من اشتباه است، این منجر به رد صلاحیت من برای پوشش در برنامه حمایت مالی خواهد شد. بعلاوه، با ارائه درخواست برای هرگونه حمایت (Medicare، Medicaid)، حمایت دولتی (برای سرطان)، نوتوانی شغلی، بیمه و غیره) که ممکن است برای پرداخت هزینه‌های حساب من در ولستار در دسترس باشد موافقت می‌نمایم. اینجانب در انجام اقدام‌های ضروری به منظور کسب شرایط حمایت، همکاری کامل خواهم نمود و مبلغ دریافت شده برای هزینه‌های ولستار را به آن بیمارستان اختصاص داده یا پرداخت خواهم نمود. با پرداخت هزینه‌های باقیمانده پس از اعمال ترتیبات برنامه حمایت مالی موافقت می‌نمایم. عدم موفقیت در تحقق مورد فوق منجر به برگشت تخفیف‌های برنامه حمایت مالی خواهد شد. تکمیل یک درخواست برنامه حمایت مالی به ازای هر ضامن امکان‌پذیر است.

تأیید می‌نمایم که اطلاعات فوق بنا به آگاهی اینجانب صحیح و دقیق است.

امضای ضامن:

تاریخ:
