

## دستورالعمل‌های فرم درخواست خدمات مراقبتی خیریه/کمک‌های مالی

این یک درخواست برای دریافت کمک‌های مالی (یا به عبارتی خدمات مراقبتی خیریه) در مرکز پزشکی بیمارستان اوورلیک (OHMC) و/یا کلینیک‌های درمانی اوورلیک ال ال سی (OMC)، است.

**ایالت واشنگتن تمامی بیمارستان‌ها را ملزم می‌کند** به افراد و خانواده‌هایی که شرایط درآمدی خاص دارند کمک‌های مالی ارائه دهند. با توجه به تعداد افراد خانواده و درآمد خانوار، شما حتی در صورت دارا بودن بیمه درمانی، ممکن است حائز صلاحیت دریافت مراقبت‌های رایگان یا مراقبت‌های ارزان قیمت باشید. قانون کمک‌های مالی را می‌توان در سایت [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) مطالعه کرد.

**کمک‌های مالی چه چیزهایی را دربر می‌گیرد؟** این کمک‌های مالی دربرگیرنده خدمات شایسته‌ای است که بسته به صلاحیت شما توسط OHMC و/یا OMC ارائه می‌شوند. کمک‌های مالی ممکن است همه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله خدمات ارائه‌شده توسط سازمان‌های دیگر را پوشش ندهد.

**در صورت داشتن هرگونه سوال یا نیاز به کمک در تکمیل این درخواست:** لطفاً با مسئول هماهنگی کمک‌های مالی ما به شماره 425-635-6239 تماس حاصل فرمایید. می‌توانید به هر دلیلی، اعم از ناتوانی و نیاز به کمک‌های زبانی، کمک دریافت کنید.

### برای اینکه به درخواستتان رسیدگی شود، شما بایستی:

- اطلاعاتی را در مورد خانواده خود در اختیار ما قرار دهید  
تعداد اعضای خانواده خود را بنویسید (خانواده شامل افرادی است که به واسطه قرابت نسبی، سببی، یا فرزندخواندگی در کنار هم زندگی می‌کنند)
- اطلاعاتی را در خصوص درآمد ناخالص ماهانه خانواده (درآمد پیش از پرداخت مالیات و کسورات) ارائه کنید
- مستندات را در مورد درآمد خانواده ارائه نمایید
- در صورت لزوم اطلاعات بیشتری را ضمیمه کنید
- فرم را با درج تاریخ امضا کنید

**توجه:** برای درخواست کمک‌های مالی، شما مجبور نیستید شماره بیمه تأمین اجتماعی ارائه کنید. در صورتی که شما شماره بیمه تأمین اجتماعی خود را در اختیار ما قرار دهید، این کار به تسریع روند رسیدگی به درخواستتان کمک خواهد کرد. از شماره بیمه تأمین اجتماعی برای تأیید اطلاعات ارائه‌شده به ما استفاده می‌شود. چنانچه از شماره بیمه تأمین اجتماعی برخوردار نیستید، لطفاً عبارت "not applicable" یا "NA" درج نمایید.

پس از تکمیل فرم درخواست، آن را به همراه همه مستندات به آدرس زیر پست یا فکس نمایید:

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Attn: Patient Financial Services

شما می‌توانید از پاکت برگشتی پیوست‌شده استفاده نمایید.  
حتماً یک نسخه را در برای خودتان نگه‌دارید.

تصمیم‌نهایی در خصوص احراز صلاحیت و حقوق مربوط به درخواست تجدید نظر، در صورت وارد بودن، ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت فرم تکمیل‌شده درخواست کمک مالی، به همراه مستندات مربوط به درآمد، به اطلاع شما خواهد رسید.

شما با ارسال فرم درخواست کمک مالی به ما اجازه می‌دهید که برای تأیید اطلاعات و تعهدات مالی تحقیقات ضروری مربوطه را انجام دهیم.

**ما می‌خواهیم کمک کنیم. لطفاً درخواست خود را هرچه سریع‌تر ارسال کنید!**  
**تازمانی که اطلاعاتتان به دست ما برسد، شما می‌توانید صورت‌حساب‌های خود را دریافت نمایید.**

## فرم درخواست خدمات مراقبتی خیریه/کمک‌های مالی - محرمانه

لطفاً تمامی اطلاعات را به‌طور کامل پر کنید. چنانچه این موارد درباره شما صدق نمی‌کند، عبارت "NA" را بنویسید. □ در صورت لزوم، صفحات اضافی را ضمیمه کنید.

### اطلاعات غربالگری

آیا به مترجم احتیاج دارید؟ □ بله □ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، زبان مورد نظر را بنویسید:

آیا بیمار برای Medicaid درخواست کرده است؟ □ بله □ خیر ممکن است قبل از اینکه برای کمک‌های مالی لحاظ شود، درخواست آن ضروری باشد.

آیا بیمار در حال حاضر بی‌خانمان است؟ □ بله □ خیر

آیا نیاز مراقبت پزشکی بیمار به تصادفات رانندگی یا حوادث ناشی از کار مربوط می‌شود؟ □ بله □ خیر

### لطفاً توجه کنید

- ما نمی‌توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط دریافت کمک‌های مالی خواهید بود، حتی اگر درخواست خود را ارائه نمایید.
- به محض اینکه شما فرم درخواست را ارسال کردید، ما همه اطلاعات را بررسی می‌کنیم و ممکن است اطلاعات تکمیلی یا مدارک مربوط به درآمد را از شما بخواهیم.
- ظرف 14 روز تقویمی پس از اینکه ما فرم درخواست تکمیل شده و مستندات شما را دریافت کنیم، در صورت احراز صلاحیت دریافت کمک این موضوع را به اطلاع شما خواهیم رساند.

### اطلاعات بیمار و متقاضی

نام کوچک بیمار	نام میانی بیمار	نام خانوادگی بیمار
□ مرد □ زن □ سایر (مشخص نمایید _____)	تاریخ تولد	شماره بیمه تأمین اجتماعی (اختیاری*) <small>* اختیاری است، اما برای کمک‌های بیش از حد معمول که فراتر از الزامات قانون ایالتی باشند لازم است [۴۴۴]</small>
شخص مسئول پرداخت صورتحساب	نسبت با بیمار	تاریخ تولد
آدرس پستی	شماره(های) تماس اصلی ( ) ( ) آدرس ایمیل: _____	شماره بیمه تأمین اجتماعی (اختیاری*) <small>* اختیاری است، اما برای کمک‌های بیش از حد معمول که فراتر از الزامات قانون ایالتی باشند لازم است [۴۴۴]</small>
شهر	ایالت	کد پستی
وضعیت اشتغال فردی که مسئولیت پرداخت صورتحساب را بر عهده دارد. □ شاغل (تاریخ استخدام: _____) □ بیکار (مدت بیکاری: _____) □ خویش‌فرما □ دانشجو □ ناتوان □ بازنشسته □ سایر (_____)		

### اطلاعات خانواده

اعضای خانواده خود را با احتساب خودتان بنویسید. «خانواده» شامل افرادی است که به واسطه قرابت نسبی، سببی، یا فرزندخواندگی در کنار هم زندگی می‌کنند. در صورت لزوم صفحه اضافی ضمیمه شود

تعداد افراد خانواده \_\_\_\_\_

نام	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	اگر 18 سال یا بیشتر باشد: نام کارفرما(یان) یا منبع درآمد	اگر 18 سال یا بیشتر باشد: درآمد ناخالص ماهانه خانواده (قبل از پرداخت مالیات):	تقاضای کمک مالی نیز داریم؟
					بله / خیر
					بله / خیر

بله / خیر					
بله / خیر					

درآمد همه اعضای بزرگسال خانواده باید افشا شود. برای مثال، منابع درآمدی شامل موارد زیر است:  
 - دستمزدها - حقوق بیکاری - شغل آزاد - جبران خسارت کارگران - ناتوانی - درآمد مازاد - کمک هزینه پشتیبانی از فرزند/همسر  
 - برنامه‌های کاری دانشجویی (دانشجویان) - حقوق بازنشستگی - توزیع حساب بازنشستگی - سایر (لطفاً توضیح دهید)

### فرم درخواست خدمات مراقبتی خیریه/کمک‌های مالی - محرمانه

#### اطلاعات درآمد

به یاد داشته باشید که: شما بایستی مدارک مربوط به درآمد را به همراه فرم درخواست ارائه دهید.

شما بایستی اطلاعات مربوط به درآمد خانواده را ارائه نمایید. تأیید درآمد برای تعیین کمک مالی الزامی است.  
**همه اعضای خانواده که سنشان بالای 18 سال یا بیشتر از آن است بایستی درآمد خود را افشا کنند. اگر شما قادر به ارائه مستندات خود نیستید، می‌توانید گزارش کتبی امضا شده از درآمدها را ارسال نمایید. لطفاً برای هر یک از منابع درآمدی شناخته شده مدرک ارائه دهید.**  
**نمونه‌هایی از مدارک مربوط به درآمد عبارت‌اند از:**

- گزارش‌های مالیات تکلیفی "W-2"؛ یا
- پیش‌های حقوقی جاری (سه ماهه)؛ یا
- اظهارنامه مالیاتی سال گذشته، از جمله جداول مالیاتی در صورت وارد بودن؛ یا
- گزارش‌های کتبی امضا شده از سوی کارفرمایان یا سایرین؛ یا
- تأیید / رد صلاحیت دریافت کمک‌های Medicaid و/یا کمک پزشکی دولتی؛ یا
- تأیید / رد صلاحیت دریافت جبران بیکاری.

اگر شما مدرکی دال بر وجود یا عدم وجود درآمد در دست ندارید، لطفاً توضیحات خود را در یک برگه اضافی ضمیمه نمایید.

#### اطلاعات اضافی

اگر چنانچه اطلاعات دیگری درباره وضعیت مالی فعلی شما وجود دارد که مایل هستید بدانیم، مانند مشکلات مالی، درآمد فصلی یا موقتی، یا زبان شخصی، لطفاً یک برگه اضافی ضمیمه کنید.

#### توافق بیمار

اینجانب توجیه شده‌ام که مرکز پزشکی بیمارستان اورولیک/کلینیک‌های درمانی اورولیک ال سی ممکن است با بررسی اطلاعات اعتباری و همچنین با به دست آوردن اطلاعات از منابع دیگر، اطلاعات ارائه شده توسط اینجانب را جهت کمک به تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی یا طرح‌های پرداختی تأیید نمایند.  
 اینجانب بدینوسیله صحت و درستی اطلاعات فوق را تا جایی که می‌دانم تأیید می‌کنم. لذا اینجانب می‌دانم چنانچه اطلاعات نادرستی ارائه بدهم، نتیجه آن رد کمک مالی خواهد بود، و اینجانب مسئولیت پرداخت هزینه خدمات ارائه شده را بر عهده خواهم داشت.

تاریخ

امضای فرد متقاضی