

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

درخواست کمک مالی پزشکی جانز هاپکینز
(Johns Hopkins)

لطفا فرم های ضمیمه را تکمیل کرده و همراه با مدارکی که در ادامه عنوان شده، ارسال نمایید.

فرم هایی که باید ارسال شود:

درخواست نامه بکپار چه کمک مالی ایالت مریلند (Maryland) (ضمیمه شده)

مدارکی که باید ارسال شود:

1. کپی از اظهار نامه مالیاتی سال گذشته. (اگر متاهل هستید و به صورت جداگانه اظهار نامه ارائه داده اید، لطفا کپی هر دو اظهار نامه مالیاتی را ارائه دهید).
2. کپی از سه (3) فیش حقوقی آخر، نامه از کارفرما یا گواهی بیکاری.
1. کپی از نامه اعطای تامین اجتماعی (در صورت وجود)
2. یک کپی از نامه تشخیص واجد شرایط بودن، از واحد کمک پزشکی یا تامین اجتماعی.
3. گواهی هزینه های ماهانه زندگی مطابق با آنچه در درخواست شما ثبت شده، مانند کپی صورتحساب تلفن، قبض های گاز و برق بالتیمور یا پرداخت های مربوط به اجاره/وام.
4. کپی از هزینه های پزشکی پرداخت نشده.
5. کپی از تمام کارت های بیمه درمانی.
6. گواهی اقامت، مانند کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی، شناسنامه یا وضعیت اقامت دائم قانونی (کارت سبز).

لطفا اطلاعات را به آدرس زیر ارسال کنید: **JOHNS**

HOPKINS RCM

3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100

برسد به دست: رابط کمک مالی لیاسون بالتیمور

(LIASON BALTIMORE) MD 21211

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

فرم درخواست کمک مالی یکپارچه ایالت مریلند

اطلاعات شما

نام:

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____

شماره تامین اجتماعی _____ - _____ - _____ وضعیت تاهل: مجرد متاهل جدا شده

شهروند ایالات متحده _____ بله _____ خیر _____ اقامت دائم _____ بله _____ خیر _____

آدرس منزل:

تلفن _____
شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
کشور _____

نام کارفرما:

آدرس محل کار: _____
شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
تلفن _____

اعضای خانوار:

نام	سن	خود
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____
_____	_____	نسبت _____

آیا برای دریافت کمک پزشکی درخواست ارائه داده‌اید
اگر بله، در چه تاریخی درخواست را ارائه داده‌اید؟
اگر بله، تصمیم اتخاذ شده چه بود؟

بله _____
خیر _____

آیا هرگونه کمک ایالتی یا کمکی از طرف کانتی دریافت می‌کنید؟

بله _____
خیر _____

I. درآمد خانواده

لیستی از میزان درآمد ماهانه از تمام منابع را ارائه دهید. ممکن است از شما خواسته شود گواهی مربوط به درآمد، دارایی‌ها و هزینه‌های خود را ارائه دهید. اگر هیچ درآمدی ندارید، لطفاً نامه‌ای از طرف فردی که مسکن و غذا برای شما تهیه می‌کند، ارائه دهید.

مبلغ ماهانه

مجموع

استخدام
 مزایای بازنشستگی/مستمری
 مزایای تامین اجتماعی
 مزایای کمک عمومی
 مزایای معلولیت
 مزایای بیکاری
 مزایای کهنه سربازان
 نفقه
 درآمد از ملک اجاره‌ای
 مزایای جبرانی در زمان اعتصاب
 مزایای نظامی
 مزرعه یا خود اشتغالی
 سایر منابع درآمد

موجودی فعلی

مجموع

II. دارایی‌های نقدی

حساب جاری
 حساب پس‌انداز
 سهام، اوراق قرضه، گواهی سپرده یا بازار پول
 سایر حساب‌ها

III. دارایی‌های دیگر

اگر صاحب هر یک از موارد زیر هستید، لطفاً نوع و ارزش تقریبی آن را ذکر کنید.

خانۀ	میزان وام	برند	سال	ارزش تقریبی
خودرو	_____	_____	_____ سال	_____ ارزش تقریبی
وسيله نقلیه دیگر	_____	_____	_____ سال	_____ ارزش تقریبی
وسيله نقلیه دیگر	_____	_____	_____ سال	_____ ارزش تقریبی
سایر اموال	_____	_____	_____ سال	_____ ارزش تقریبی
				_____ مجموع

IV. هزینه‌های ماهانه

میزان	بله	خیر
اجاره یا وام	_____	_____
هزینه‌های آب و برق	_____	_____
پرداخت (های) خودرو	_____	_____
کارت (های) اعتباری	_____	_____
بیمه خودرو	_____	_____
بیمه سلامت	_____	_____
سایر هزینه‌های پزشکی	_____	_____
سایر هزینه‌ها	_____	_____
آیا صورتحساب پزشکی پرداخت نشده دیگری دارید؟	_____	_____
برای چه خدماتی؟	_____	_____
آیا برنامه‌ای برای پرداخت ترتیب داده‌اید؟ پرداخت‌های ماهانه شما چگونه است؟	_____	_____

جهت واجد شرایط بودن برای "کمک ویژه مشکلات مالی پزشکی":

درآمد خانواده در دوازده (12) ماه تقویمی منتهی به تاریخ این درخواست‌نامه:

بدهی پزشکی که در دوازده (12) ماه تقویم منتهی به تاریخ این درخواست‌نامه، در بیمارستان جانز هاپکینز متحمل شده‌اید (به جز هزینه‌های مربوطه به بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزها):

میزان بدهکاری

تاریخ دریافت خدمات

برای اینکه فرض بر این قرار داده شود که شما واجد شرایط دریافت کمک مالی هستید:

1. سن بیمار چقدر است؟
2. آیا بیمار باردار است؟
3. آیا بیمار دارای فرزند زیر 21 سال است که در خانه با وی زندگی می‌کند؟
4. آیا بیمار نابینا است یا احتمال دارد که برای مدت 12 ماه یا بیشتر توانایی اشتغال مفید را نداشته باشد؟
5. آیا بیمار در حال حاضر مزایای اضافی تامین اجتماعی (SSI) یا مزایای بیمه معلولیت تامین اجتماعی (SSDI) دریافت می‌کند؟
6. آیا بیمار (و اگر متاهل است، همسر وی) دارای حساب‌های بانکی یا دارایی‌های نقدپذیری هستند که از مبالغ زیر تجاوز نکند؟

بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر

تعداد افراد خانواده:

یک نفر: \$2,500.00
دو نفر: \$3,000.00

برای هر عضو اضافی در خانواده \$100.00 اضافه کنید
(برای مثال: برای یک خانواده چهار نفره، اگر کل دارایی‌های نقدی شما کمتر از \$3,200.00 است، باید پاسخ دهید، بله.)

7. آیا بیمار ساکن ایالت مریلند است؟
8. اگر بیمار ساکن ایالت مریلند نیست، ساکن کدام ایالت است؟
9. آیا بیماری بی‌خانمان است؟
10. آیا بیمار در برنامه "زنان، نوزادان و کودکان" (WIC) شرکت می‌کند؟
11. آیا فرزندان این خانوار تحت پوشش برنامه ناهار رایگان یا با تخفیف قرار دارند؟
12. آیا این خانوار در برنامه "کمک انرژی ویژه افراد کم درآمد" شرکت می‌کند؟
13. آیا بیمار کمک تغذیه تکمیلی (SNAP) / کوپن غذا دریافت می‌کند؟
14. آیا بیمار در برنامه Healthy Howard یا Chase Brexton ثبت نام کرده است؟
15. آیا بیمار از سوی "شبکه خریدهای کاتولیک (Catholic Charities)"، "شرکت پزشکی سیار (Mobile Med)"، مرکز "مبارزه با سرطان مونگومری کانتی (Montg Co Cancer Crusade)"، "ائتلاف مراقبت‌های اولیه (Primary Care Coalition)"، برنامه "خدمات مراقبتی مونگومری (Montgomery Cares)"، "شبکه دسترسی به پروژه (Project Access)" یا "کلینیک پرویکتو سالود (Proyecto Salud)" به بیمارستان حومه ارجاع داده شده بود؟
16. آیا بیمار در حال حاضر شرایط زیر را دارد:
کمک پزشکی فقط در رابطه با هزینه‌های داروخانه
ذینفع واجد شرایط بیمه Medicare (QMB) / ذینفع بیمه Medicare ویژه افراد کم درآمد (SMLB)
17. آیا بیمار شاغل است؟
18. اگر خیر، تاریخ بیکار شدن را ذکر کنید.
19. آیا بیمار واجد شرایط پوشش بیمه "قانون تطبیق بودجه یکپارچه چند کاربردی (COBRA)" است؟

بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر
بله یا خیر

تمام مدارک ارائه شده، تبدیل به بخشی از این درخواست‌نامه خواهند شد.

اگر درخواست کمک مالی بیشتری داشته باشید، ممکن است مرکز پزشکی جانز هاپکینز برای تکمیل فرآیند تشخیص واجد شرایط بودن، اطلاعات بیشتری را درخواست کند. با امضای این فرم، تایید می‌کنید که اطلاعات ارائه شده صحیح است و موافقت می‌کنید که هر گونه تغییر در اطلاعات ارائه شده را طی ده روز از زمان تغییر، به مرکز پزشکی جانز هاپکینز اطلاع دهید. تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست‌نامه، بر اساس دانسته‌ها، اطلاعات و باورهای من، صحیح و دقیق هستند.

تاریخ

امضای متقاضی

نسبت با بیمار