

پیوست C

کمک هزینه مالی – فهرست بررسی مستندات لازم

تاریخ (Date) _____ / _____ / _____

بیمار (Patient) _____

سابقه درمانی # یا ضامن # (Medical Record # or Guarantor #) _____

بیمار/ضامن محترم:

شما باید علاوه بر تکمیل تقاضانامه کمک هزینه مالی Inova، گواهی درآمد و گواهی اقامت خود را نیز ارائه کنید. توجه کنید که برخی مدارک خاص را می توان هم به عنوان گواهی درآمد و هم به عنوان گواهی اقامت استفاده کرد.

مستندات اقامتی
گواهی اقامت 30 روزه داخل محدوده خدماتی Inova باید شامل حداقل یک (1) مورد از مدارک زیر باشد:
گواهینامه رانندگی یا کارت شناسایی معتبر صادره از ویرجینیا (تاریخ صدور باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات باشد)
جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال/ایالت (**دستورالعمل ها در پایین صفحه**)
صورتحساب بانکی ماهانه مندرج به نام و آدرس فعلی متقاضی (تاریخ صدور باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات باشد)
گواهی محضری اقامت (فرم نامه تکمیل شده توسط صاحبخانه)
قبوض تاسیساتی (گاز، برق، فاضلاب، آب، تلویزیون کابلی، غیره) مندرج به نام و آدرس فعلی متقاضی (تاریخ صدور باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات باشد)
صورتحساب جاری بیمه نامه منزل مسکونی یا بیمه نامه خودرو مندرج به نام و آدرس فعلی متقاضی
قرارداد اجاره
کارت ثبت نام رای دهندگان ویرجینیا
رسید مالیات بر ملک شخصی با مالیات بر مستغلات که در سال گذشته به «ایالت ویرجینیا» یا «ناحیه ویرجینیا» پرداخت شده است
فرم گواهی نام نویسی اداره آموزش و پرورش ویرجینیا کهی تأییدشده سوابق/رونوشت های تحصیلی که توسط مدرسه ارائه شده است و اعتبار آن توسط قلمرو یا حوزه قضایی ایالتی ایالات متحده تأیید شده است.
سوابق DMV
مدرک گواهی اقامت مهاجرتی
W2

مدارک درآمد
گواهی درآمد خانواده – درآمد همسر یا هم خانه قانونی نیاز است باید شامل حداقل یک (1) مورد از مدارک زیر باشد:
دو فیش حقوقی اخیر
جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (**دستورالعمل ها در پایین صفحه**)
صورتحساب بانکی ماهانه مندرج به نام و آدرس فعلی متقاضی (باید توسط بانک در طی 30 روز گذشته صادر شده باشد و سپرده ها را نشان دهد)
گواهی محضری اشتغال (فرم نامه تکمیل شده توسط کارفرما)
گواهی محضری سرپرست خانوار (فرم نامه تکمیل شده توسط همسر/شریک/خوداظهاری)
برنامه حمایتی دولت/نامه مزایای حمایت همگانی
نامه مزایای تامین اجتماعی
فرم I20 (دانش آموزان/دانشجویان بین المللی)
مستمری/حقوق بازنشستگی
مزایای بازماندگان
گرامت بیکاری
سود تقسیمی/بهره مالکانه/درآمد حاصل از املاک/تراست
مستندات کمک هزینه شهری/تحصیل
مستندات نفقه فرزندان/زوج
تأییدیه وضعیت سفیر بر سرنامه سفارت
گواهی درآمد شخص ثالث
(اجاره نامه خانه، تقاضانامه خرید، اجاره نامه خودرو، تقاضانامه وام، غیره)

مستندات چندمنظوره

موارد زیر را می توان به عنوان گواهی درآمد و اقامت در قالب یک سند استفاده کرد:

جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (**دستورالعمل ها در پایین صفحه**)
صورتحساب بانکی ماهانه مندرج به نام و آدرس فعلی متقاضی (این صورتحساب باید طرف 30 روز گذشته توسط بانک صادر شده باشد)
گواهی محضری سرپرست خانوار (فرم نامه تکمیل شده توسط همسر/شریک/خوداظهاری)

هرگونه مشکل درخصوص ارسال مدارک مورد نیاز، منجر به عدم پذیرش درخواست شما خواهد شد و کلیه هزینه ها برعهده خودتان است. در صورت وجود هرگونه سؤال یا درخواست زمان بیشتر برای جمع آوری مدارک مورد نیاز، با شماره 571-472-5880 تماس بگیرید. اگر ترجیح می دهید گواهی ها را از طریق نمابر ارسال کنید، لطفاً به شماره 571-665-6895 نمابر بزنید.

****اظهارنامه مالیاتی –** اگر می خواهید مالیات های تکمیل شده توسط شرکت یا کسب وکار خاصی را ارائه دهید، لطفاً مدارک کامل دارای تاریخ و امضا را ثبت کنید. اگر می خواهید مالیات هایی که خودتان تنظیم کرده اید را ارائه دهید، لطفاً مدارک کامل امضا شده و تاریخ خورده را ثبت کنید.

پس از تحویل گواهی های درآمد، اقامت، و تعداد اعضای خانوار، لطفاً 30 روز برای پردازش زمان بدهید

===== **مهم!** =====

محل صندوق تحویل کمک حضوری	فقط پستی
Inova Partnership for Healthier Communities 2700 Prosperity Avenue #280, Fairfax VA 22031 ساعات اداری: دج 8:30 صبح – 12:00 ب.ظ خدمات قابل ارائه: تحویل تقاضانامه جدید، مدارک لازم، استعلام های کمک هزینه مالی و خدمات محضری	Patient Financial Services 8095 Innovation Park Drive, Fairfax VA 22031 مراجعات حضوری بیماران در این مکان پذیرفته نمی شود



فرم تکمیل شده را پست کنید به:

Inova

8095 Innovation Park Dr., Fairfax, VA 22031

Patient Accounts
Financial Assistance Form

حساب های بیمار
فرم کمک هزینه مالی

سوابق پزشکی / شماره ضامن		تاریخ ارائه خدمات		شماره حساب	
نام خانوادگی بیمار		نام		M.I.	
نشانی		شماره آپارتمان		شهر	
چه مدت در این محل ساکن بوده اید؟		شماره تلفن منزل		شماره کدپستی	
نام کارفرما		شماره تلفن کارفرما		تعداد اعضای خانواده	
باردار؟		شماره تلفن منزل		شماره کدپستی	
نام اعضای خانواده		تاریخ تولد		شماره تأمین اجتماعی	
نسبت		جنسیت		نسبت	
1.		/ /		.3	
2.		/ /		.4	

منابع و میزان درآمد خانواده از کجا و چقدر است؟ (شامل دستمزد/حقوق/درآمد از هر منبعی برای بیمار و همسرش، و در صورت صغیر بودن والدینش)

لطفا کد درآمدی را با رسم دایره مشخص کنید	8. سایر موارد	لطفا کد درآمدی را با رسم دایره مشخص کنید
A M 2W W	\$	A M 2W W
1. دستمزدها		2. سایر دستمزدها
A M 2W W	\$	A M 2W W
3. کمک های عمومی		4. معلولیت SSI (درآمد اضافی تأمین اجتماعی)
A M 2W W	\$	A M 2W W
5. کمک به کودکان تحت تکفل		6. نفقه/حمایت از کودک
A M 2W W	\$	A M 2W W
7. درآمد بیکاری		
A M 2W W	\$	

کدهای درآمد: W = هفتگی = 2W = هر دو هفته = M = ماهانه = A = سالانه

آیا این ملاقات مرتبط است با: تصادف وسایل نقلیه موتوری؟ بله (Yes) خیر (No) جراحات در حین کار؟ بله (Yes) خیر (No)

بدین وسیله گواهی می کنم که با توجه به اطلاعات و باوری که دارم، اظهارات فوق درست و صحیح است. اینجانب آگاهی دارم که بیمارستان به گواهی درآمد من نیاز دارد (گزارش مالی، اظهارنامه مالیاتی، چک های حقوقی، تعیین از کارافتادگی و غیره). و من اجازه می دهم که Equifax اداره اعتباری/یا ادارات خدمات اجتماعی اطلاعات مورد نیاز را منتشر کنند تا روال این درخواست تکمیل گردد. از این گذشته، این درخواست را برای هرگونه کمک پر می کنم (Medicare، Medicaid، بیمه و غیره) که ممکن است برای پرداخت هزینه درمان من در بیمارستان موجود باشد. هرگونه اقدام منطقی و مورد نیاز را برای دریافت چنین کمک هایی انجام می دهم تا مبالغ مربوط به هزینه های بیمارستان را بدین وسیله پرداخت نمایم. اگر مشخص شود هر یک از اطلاعاتی که وارد کرده ام نادرست است، درک می کنم که بیمارستان ممکن است وضعیت مالی من را ارزیابی مجدد نماید و هرگونه اقدام مقتضی را انجام دهد.

برای در نظر گرفتن این تقاضانامه، اسناد مربوطه باید ظرف پانزده (15) روز تحویل شوند.

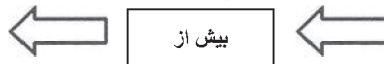
امضای متقاضی: _____ تاریخ درخواست: _____

کل درآمد قابل ذکر: \$

در این بخش چیزی ننویسید، برای استفاده اداری!

500%	400%	250%	100%	Family Size
\$72,900	\$58,320	\$36,450	\$14,580	1
\$98,600	\$78,880	\$49,300	\$19,720	2
\$124,300	\$99,440	\$62,150	\$24,860	3
\$150,000	\$120,000	\$75,000	\$30,000	4
\$175,700	\$140,560	\$87,850	\$35,140	5
\$201,400	\$161,120	\$100,700	\$40,280	6
\$227,100	\$181,680	\$113,550	\$45,420	7
\$252,800	\$202,240	\$126,400	\$50,560	8
\$278,500	\$222,800	\$139,250	\$55,700	9
\$304,200	\$243,360	\$152,100	\$60,840	10

توجه: برای خانواده ها/خانوارهایی که بیش از 8 عضو دارند، در ازای هر شخص اضافه، 5,140 دلار افزوده شود.



منبع:

مقدار:

<p>مقدار کل برابر است با: _____</p>	<p>مجموع موجودی شما در حساب های جاری، پس انداز، اوراق سپرده و / یا حساب اوراق بهادار چقدر است؟</p>
<p><input type="checkbox"/> بله؛ مقدار فعلی عبارتست از: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>	<p>آیا حساب بازنشستگی شخصی دارید؟ (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)</p>
<p>شماره 1 مقدار: \$ _____ پرداخت: \$ _____ مانده معوق: \$ _____ شماره 2 مقدار: \$ _____ پرداخت: \$ _____ مانده معوق: \$ _____ شماره 3 مقدار: \$ _____ پرداخت: \$ _____ مانده معوق: \$ _____</p>	<p>آیا مالک خود و هستید؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر؛ اگر بله: (No; if Yes)</p> <p>1 سال _____ 2 سال _____ 3 سال _____ ایجاد _____ ایجاد _____ ایجاد _____ مدل _____ مدل _____ مدل _____</p>
<p><input type="checkbox"/> بله؛ مقدار کل برابر است با: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>	<p>آیا شما از بهره، سود سهام یا سرمایه گذار درآمدی دریافت می کنید؟</p>
<p>اگر مالک هستید: ارزش فعلی: \$ _____ پرداخت ماهیانه / اجاره \$ _____</p>	<p>آیا شما: <input type="checkbox"/> مالک خانه تان هستید <input type="checkbox"/> خانه تان را اجاره کرده اید؟ (Own your home) (Rent your home?) اگر نه: کجا یا با چه کسی زندگی می کنید؟ _____</p>
	<p><input type="checkbox"/> تأییدیه سکونت (Residency Verified)</p>