



Financial Assistance Application - Farsi تقاضاتامه کمک هزینه مالی

خدمات مالی بیماران

شماره پیشینه پزشکی/ضامن		آیا این ویزیت مرتبط است با ☐ تصادف وسیله نقلیه موتوری ☐ آسیب در حین کار ☐ هیچ کدام		*تاریخ خدمات (اگر هنوز زمان بندی نشده است، عبارت «آینده» را تایپ کنید)	
*نام خانوادگی		*نام		*تاریخ تولد	
نشانی		ش پلاک		شهر	
ایالت		کد زیپ			
چند وقت در این نشانی زندگی کرده اید؟		*بی خانمان هستید؟ ☐ خیر (No) ☐ بله (Yes)		شماره تلفن	
*وضعیت تأهل ☐ متاهل ☐ شریک غیرمزدوج		*وابسته ها ☐ خیر (No) ☐ بله (Yes)		*باردار ☐ خیر (No) ☐ بله (Yes)	
لطفاً نام اعضای خانواده خود را وارد کنید، شامل شریک زندگی شما و همچنین هر کسی در خانوار شما که برای مراقبت به شما متکی است یا هر فردی که شما در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال خود به عنوان وابسته ذکر می کنید، در صورتی که اظهارنامه پر می کنید.					
نام عضو خانواده		تاریخ تولد		نسبت	
1.				4.	
2.				5.	
3.				6.	
لطفاً مبالغ و منابع درآمد خانواده را در زیر ذکر کنید. شامل دستمزد/حقوق/درآمد از هر منبعی برای بیمار و همسر، و والدین در صورتی که بیمار خردسال است.					
*وضعیت اشتغال ☐ شاغل ☐ خوداشتغال ☐ غیرشاغل					
در صورت شاغل بودن، نام کارفرما					
شماره تلفن کارفرما					
دستمزدهای شغل 1 فعلی (پیش از مالیات ها): دلار ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ ماهانه ☐ سالانه					
دستمزدهای شغل 2 فعلی (پیش از مالیات ها): دلار ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ ماهانه ☐ سالانه					
در سال گذشته، آیا شما: ☐ شغلان را تغییر دادید ☐ کار کردن را متوقف کردید ☐ ساعات کار خود را کاهش دادید ☐ هیچ کدام از این موارد در این صورت، چه زمانی:					
در صورت خوداشتغالی، درآمد خالص دریافتی شما (سودها پس از پرداخت مخارج کسب وکار) چقدر است؟ دلار ☐ ماهانه ☐ سالانه					
در صورتی که شاغل نیستید، منابع و مبالغ قبلی درآمد خانواده را ذکر کنید:					
منبع ☐ مبلغ دلار					
سایر منابع درآمد:					
تأمین اجتماعی/توان یابی SSI ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ ماهانه ☐ سالانه					
مزایای بیکاری ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ ماهانه ☐ سالانه					
مزایای دولتی (SNAP, TANF, و غیره) ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ ماهانه ☐ سالانه					
دریافت نفقه فرزند/زوج ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ ماهانه ☐ سالانه					
موجودی کل در حساب های چک، حساب های پس انداز، گواهی های واریز و/یا حساب های اوراق بهادار شما چقدر است؟ دلار					
*آیا حساب بلزنشستگی شخصی دارید (IRA, 401(k), 403(b), Keogh)؟ ☐ خیر (No) ☐ بله (Yes): ارزش فعلی: دلار					
*آیا صاحب خودرو(ها) هستید؟ ☐ خیر (No) ☐ بله (Yes) اگر بله، جزئیات را در پایین ارائه دهید.					
سال		سازنده		مدل	
ارزش		پرداختی ماهانه		مبلغ مانده	
1.				دلار	
2.				دلار	
3.				دلار	
*آیا از سود، سود تقسیمی یا سرمایه گذاری درآمد دریافت می کنید؟ ☐ خیر (No) ☐ بله (Yes): مبلغ کل: دلار					
*آیا شما: ☐ خانه خود را اجاره می کنید: اجاره/پرداختی ماهانه دلار ☐ صاحب خانه خود هستید: ارزش فعلی: دلار ☐ اجاره نمی کنید یا صاحب خانه نیستید: کجا یا با چه کسی زندگی می کنید؟					
گواهی می دهم که اطلاعات ارائه شده تا جایی که اطلاع و باور دارم، درست و صحیح است. واقف هستم که Inova به گواهی درآمد و اقامت نیاز خواهد داشت و به Inova مجوز می دهم که هر گونه اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل فرایند تقاضا را از کلیه نهادهای وابسته و/یا اشخاص ثالث درخواست کند یا به آنها افشا کند. برای دریافت کمک هزینه پرداخت تقاضا خواهم داد و هر گونه اقدام معقول لازم را انجام خواهم داد و مبلغ بازبایی شده را به Inova واگذار یا پرداخت خواهم کرد. اگر ثابت شود هر کدام از اطلاعاتی که من داده ام نادرست است، واقف هستم که بیمارستان می تواند وضعیت مالی من را دوباره ارزیابی کند و هر اقدامی که لازم شود را انجام دهد.					
متقاضی (امضا): (Applicant (signature))		متقاضی (نام با حروف بزرگ) (Applicant (print name))		تاریخ (Date):	
				زمان (Time):	

ضمیمه A

خط فقر فدرال سال، 2025

500%	400%	250%	100%	اندازه خانواده
\$78,250	\$62,600	\$39,125	\$15,650	1
\$105,750	\$84,600	\$52,875	\$21,150	2
\$133,250	\$106,600	\$66,625	\$26,650	3
\$160,750	\$128,600	\$80,375	\$32,150	4
\$188,250	\$150,600	\$94,125	\$37,650	5
\$215,750	\$172,600	\$107,875	\$43,150	6
\$243,250	\$194,600	\$121,625	\$48,650	7
\$270,750	\$216,600	\$135,375	\$54,150	8
\$298,250	\$238,600	\$149,125	\$59,650	9
\$325,750	\$260,600	\$162,875	\$65,150	10

پیوست C

فهرست مدارک لازم برای کمک هزینه مالی

شما باید علاوه بر تکمیل تقاضانامه کمک هزینه مالی Inova، گواهی درآمد و گواهی اقامت خود را نیز از فهرست گزینه های زیر ارائه دهید که الزامات سیاست مساعدت مالی Inova را برآورده خواهد کرد. **لطفاً توجه داشته باشید برای اینکه تقاضانامه شما واجد شرایط بررسی و تصمیم گیری باشد، باید آن را ظرف 365 روز پس از تاریخ اولین صورت حساب ثبت کنید.**

شرط سکونت	شرط درآمد فردی/خانواده
گواهی 30 روز سکونت در ویرجینیا پیش از دریافت هر گونه خدمات در Inova الزامی است. باید شامل یکی (1) از موارد فهرست زیر باشد:	اگر همسر یا شریکتان با شما زندگی می کند، مدارک درآمد ایشان نیز نیاز است. باید شامل یکی (1) از موارد فهرست زیر باشد:
گواهینامه رانندگی یا کارت شناسایی معتبر صادره از ویرجینیا، کارت ثبت نام رأی دهنده ویرجینیا، سوابق DMV ویرجینیا: تاریخ صدور مدارک باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات باشد.	جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال: • لطفاً مدرک اظهارنامه مالیاتی کامل با تاریخ و امضا را ارائه دهید. • بین ماه ژانویه و آوریل، این مدرک پذیرفته نخواهد شد. به جای آن، باید دو فیش حقوقی آخر ارائه شود.
جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال: لطفاً مدرک اظهارنامه مالیاتی کامل با تاریخ و امضا را ارائه دهید.	دو فیش حقوقی آخر: فیش های حقوقی باید درآمد ناخالص پیش از کسری ها، تاریخ بازپرداخت و عایدات سال تا آن تاریخ را نشان دهند.
قبض خدماتی یا صورت حساب بانکی: • مدارک باید حاوی نام و نشانی فعلی متقاضی باشند. • مدارک باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات Inova تاریخ/ایجاد شده باشند.	گواهی اشتغال: • اگر اظهارنامه مالیاتی یا فیش های حقوقی در دسترس نیست، کارفرما می تواند این فرم/نامه را تکمیل کند. • دانلود از www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
گواهی سکونت: • فرم باید توسط صاحب خانه/صاحب ملک تکمیل شود. • دانلود از: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance	گواهی حمایت: • این فرم برای بیمارانی است که بیکار هستند و از خانواده/دوستان/دیگران حمایت دریافت می کنند. • این فرم باید توسط فردی (خانواده/نوست/سایر) تکمیل شود که به حمایت در مورد سرپناه، غذا و/یا مخارج زندگی کمک می کند. این سند هیچ گونه مسئولیت مالی در خصوص بدهی پزشکی معوقه بیماری که برای کمک هزینه مالی تقاضا می دهد را بر عهده فرد تکمیل کننده این فرم قرار نمی دهد. • اظهارنامه های مالیاتی از حامیان خانوار درخواست خواهد شد تا مشخص شود بیمار به عنوان وابسته معرفی شده است یا خیر. • اگر به تازگی بیکار شده اید، لطفاً مدارک را از محل اشتغال قبلی نیز ارائه دهید. • دانلود از: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
سوابق مدرسه: • مدارک باید حاوی نام کودک، نام مدرسه و نشانی فعلی باشند. • مدرسه باید توسط یک ایالت، حوزه قضایی یا قلمرو ایالات متحده به رسمیت شناخته شده باشد. • می تواند شامل ریزنمره، فرم مراقبت اورژانسی، نامه یا مدرک دیگری باشد که بتوان از مدرسه درخواست داد یا از یک درگاه مجازی دانلود کرد.	گواهی خوداظهاری: • برای بیمارانی که کارگران روزانه هستند، کارگران مهاجر/فصلی هستند، انعام به عنوان درآمدشان دریافت می کنند یا بیکار هستند و در خصوص سرپناه، غذا و/یا مخارج زندگی از خانواده/دوستان/دیگران حمایت دریافت نمی کنند. • اگر به تازگی بیکار شده اید، لطفاً مدارک را از محل اشتغال قبلی نیز ارائه دهید. • دانلود از: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
سایر مدارک مربوط به سکونت که ممکن است درخواست شود شامل (اما نه محدود به):* قرارداد اجاره، رسید مالیات اموال شخصی در ویرجینیا یا مالیات های املاک پرداخت شده در سال گذشته به ایالت ویرجینیا یا یکی از منطقه های ویرجینیا، گواهی ثبت نام اداره آموزش و پرورش ویرجینیا، مدرک گواهی اقامت مهاجرتی، W2 *برای اطلاعات بیشتر، لطفاً با تیم تماس بگیرید: 571-472-5880.	سایر مدارک مربوط به درآمد که ممکن است درخواست شود شامل (اما نه محدود به):* نامه مزایای تامین اجتماعی، مستمری، حقوق بازنشستگی، مزایای بازماندگان، مزایای بیکاری، برنامه کمک هزینه دولتی، نامه مزایای مساعدت همگانی، سود سهام، بهره مالکانه، درآمد حاصل از املاک/تراست، مدارک کمک هزینه شهریه/تحصیل، مدارک نفقه فرزند/همسر، تأییدیه وضعیت سفیر بر سرنامه سفارت، گواهی درآمد شخص ثالث (اجاره نامه خانه، تقاضانامه خرید، اجاره نامه خودرو، تقاضانامه وام و غیره)، فرم 120 (دانش آموزان/دانشجویان بین المللی)، شناسنامه کودک، نامه شرایط *برای اطلاعات بیشتر، لطفاً با تیم تماس بگیرید: 571-472-5880.

مهم: عدم ارائه تقاضانامه الزامی امضاشده و تاریخ خورده و مدارک لازم برای گواهی درآمد فردی/خانواده و اقامت منجر به رد شدن تقاضانامه شما خواهد شد. اگر کمک هزینه مالی برای شما رد شود، تراز معوقه به عنوان مسئولیت بیمار باقی خواهد ماند و بیانیه های صورت حساب بیماران برای مبلغ بدهکار را دریافت خواهید کرد.

لطفاً 30 روز زمان بدهید تا تیم ما بررسی کند و صلاحیت شما برای کمک هزینه مالی را تعیین کند. در این مدت، ممکن است مدارک بیشتری درخواست و ارائه شود. طی این دوره 30 روزه که در الزامات سیاست مساعدت مالی Inova تعریف شده است، یک نامه تصمیم گیری از طریق پست سفارشی برای شما ارسال خواهد شد و/یا در MyChart قابل مشاهده خواهد بود.

برای سوالات، لطفاً با تیم مساعدت مالی Inova تماس بگیرید: 571-472-5880.

نحوه ارسال تقاضانامه کمک هزینه مالی تکمیل شده/امضاشده شامل گواهی درآمد و اقامت

MyChart

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را در MyChart آپلود کنید:

در MyChart وارد سیستم شوید یا یک حساب ایجاد کنید: <https://mychart.inova.org/mychart>

1. پس از ورود به سیستم، به منوی گوشه راست بالای صفحه اصلی پیمایش کنید.
 2. به پایین صفحه به دسته بندی "Billing" (صورتحساب) بروید و "Financial Assistance" (کمک هزینه مالی) را انتخاب کنید.
 3. همه صفحه ها را تکمیل کنید و تقاضانامه تکمیل و امضاشده و همچنین مدارک الزامی درآمد و اقامت خود را به ترتیب معینی که درخواست می شود آپلود کنید.
 4. پس از اینکه همه مدارک آپلود شد و کادرهای مربوطه در هر صفحه پر شد، روی "Submit" (ارسال) کلیک کنید.
- سپس، تیم پردازش بررسی پرونده شما را شروع خواهد کرد و وضعیت ثبت و رأی تأیید یا رد شما را اطلاع رسانی خواهد کرد، یا در صورت نیاز، مدارک بیشتری درخواست خواهد کرد.

پست

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را به این نشانی پست کنید:

Inova Patient Financial Services
Rev Cycle Financial Assistance Department : حضور
8095 Innovation Park Drive
Fairfax VA 22031
این مکان مراجعات سرزده بیماران را قبول نمی کند.

نمابر

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را به این نمابر ارسال کنید:

ش نمابر: 571-665-6895
Rev Cycle Financial Assistance Department : حضور

تحويل حضوری

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را به این نشانی تحويل دهید:

Inova Partnership for Healthier Communities
2700 Prosperity Ave., #280
Fairfax VA 22031

7617 Little River Turnpike, Suite 850
Annandale, VA 22003

دوشنبه تا جمعه 8:30 ق.ظ - 5:00 ب.ظ
(کمک حضوری از دوشنبه تا جمعه 8:30 ق.ظ - 12:00 ب.ظ در دسترس است.)