INOVA®

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.

مدارک درآمد گواهی درآمد خانواده – درآمد همسر یا هم خانه قانونی نیاز است **باید شامل حداقل دو (2) 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 90 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
غرامت بیکاری
سود تقسیمی/بهره مالکانه/درآمد حاصل از املاک/تراست
مستندات کمک هزینه شهریه/تحصیل
مستندات نفقه فرزند/زوج
تاییدیه وضعیت سفیر بر سرنامه سفارت
گواهی درآمد شخص ثالث (اجاره نامه خانه، تقاضانامه خرید، اجاره نامه خودرو، تقاضانامه وام، غیره)

مستندات اقامتی گواهی اقامت 90 روزه داخل محدوده خدماتی Inova **باید شامل حداقل دو (2) مورد از مدارک زیر باشد:**
گواهینامه رانندگی یا کارت شناسایی معتبر صادره از ویرجینیا *(تاریخ صدور باید حداقل 90 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 90 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 90 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 یا مالیات بر مستغلات که در سال گذشته به «ایالت ویرجینیا» یا «ناحیه ویرجینیا» پرداخت شده است
فرم گواهی نام نویسی اداره آموزش و پروش ویرجینیا
کپی 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

مستندات چندمنظوره موارد زیر را می توان به عنوان گواهی (1) درآمد و (1) 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 ظرف 90 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، منجربه عدم پذیرش درخواست شما خواهد شد و کلیه هزینه ها برعهده خودتان است. درصورت وجود هرگونه سؤال یا درخواست زمان بیشتر برای جمع آوری مدارک مورد نیاز، با شماره 571-423-5880 تماس بگیرید. اگر ترجیح می دهید گواهی ها را از طریق نمابر ارسال کنید، لطفا به شماره 571-423-5886 نمابر بزنید.

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

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

مهم!

مدارک را به این برگه پیوست کرده و طی پانزده (15) روز به این آدرس ایمیل کنید:

Inova Health System
Patient Financial Services
8095 Innovation Park Drive, Suite 501
Fairfax, VA 22031

INOVA®

3CHAPPL

لطفا فرم تکمیل شده را بازگردانید به:
Inova
8095 Innovation Park Dr., Suite 501, Fairfax, VA 22031

حساب های بیمار
فرم کمک هزینه مالی

Patient Accounts
Financial Assistance Form

سوابق پزشکی / شماره ضامن	تاریخ ارائه خدمات			شماره حساب
نام خانوادگی بیمار	نام	M.I.	شماره بیمه تامین اجتماعی	تاریخ تولد بیمار
نشانی	شماره آپارتمان	شهر	ایالت	کدپستی
چه مدت در این محل ساکن بوده اید؟				شماره تلفن منزل
نام کارفرما	شماره تلفن کارفرما	تعداد اعضای خانواده		باردار؟

نام اعضای خانواده	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی	جنسیت	نسبت	نام اعضای خانواده	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی	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						لطفا کد درآمدی را با رسم دایره مشخص کنید			
1. دستمزدها	$	W	2W	M	A	8. سایر موارد	$	W	2W	M	A
2. سایر دستمزدها	$	W	2W	M	A		$	W	2W	M	A
3. کمک های عمومی	$	W	2W	M	A	1. درآمد اضافی تامین	$	W	2W	M	A
4. معلولیت SSI (درآمد اضافی تأمین اجتماعی)/تأمین اجتماعی	$	W	2W	M	A	2. کار دانشجویی/وام تحصیلی/کمک های مالی	$	W	2W	M	A
5. کمک به کودکان تحت تکفل	$	W	2W	M	A	3. استحقاقی فدرال	$	W	2W	M	A
6. نفقه/حمایت از کودک	$	W	2W	M	A	4. سایر موارد	$	W	2W	M	A
7. درآمد بیکاری	$	W	2W	M	A			W	2W	M	A

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)* جراحت 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 حقوق، تعیین ازکارافتادگی و غیره.)* و من اجازه می دهم که Equifax اداره اعتبار ئ/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 *(Medicaid، Medicare، 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! کل درآمد قابل ذکر: $

	100%	250%	400%	500%
1	$12,760	$31,900	$51,040	$63,800
2	$17,240	$43,100	$68,960	$86,200
3	$21,720	$54,300	$86,880	$108,600
4	$26,200	$65,500	$104,800	$131,000
5	$30,680	$76,700	$122,720	$153,400
6	$35,160	$87,900	$140,640	$175,800
7	$39,640	$99,100	$158,560	$198,200
8	$44,120	$110,300	$176,480	$220,600
9	$48,600	$121,500	$194,400	$243,000
10	$53,080	$132,700	$212,320	$265,400

توجه: برای خانواده‌ها/خانوارهایی که بیش از 8 عضو دارند، در ازای هر شخص اضافه، 4,480 دلار افزوده شود.

بیش از

در صورت بی کار بودن، لطفا منابع قبلی و مقادیر مربوط به درآمد ناخالص خانواده را در زیر وارد کنید:

منبع: _____

مقدار: _____

مجموع موجودی شما در حساب های جاری، پس انداز، اوراق سپرده و / یا حساب اوراق بهادار چقدر است؟	مقدار کل برابر است با: _____
آیا حساب بازنشستگی شخصی دارید؟ (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)	❑ بله؛ مقدار فعلی عبارتست از: _____ *(Yes; the current value is)* ❑ خیر *(No)*
آیا مالک خودرو هستید؟ ❑ بله *(Yes)* ❑ خیر؛ اگر *بله*: *(No; if Yes)* 1 سال _____ 2 سال _____ 3 سال _____ ایجاد _____ ایجاد _____ ایجاد _____ مدل _____ مدل _____ مدل _____	شماره 1 مقدار: $ _____ پرداخت: $ _____ مانده معوق: $ _____ شماره 2 مقدار: $ _____ پرداخت: $ _____ مانده معوق: $ _____ شماره 3 مقدار: $ _____ پرداخت: $ _____ مانده معوق: $ _____
آیا شما از بهره، سود سهام یا سرمایه گذار درآمدی دریافت می کنید؟	❑ بله؛ مقدار کل برابر است با: _____ *(Yes; the total amount is)* ❑ خیر *(No)*
آیا شما: ❑ مالک خانه تان هستید *(Own your home)* ❑ خانه تان را اجاره کرده اید؟ *(Rent your home?)* اگر نه: کجا یا با چه کسی زندگی می کنید؟ _____	اگر مالک هستید: ارزش فعلی: $ _____ پرداخت ماهیانه / اجاره $ _____
تأییدیه 9 ماه سکونت ❑ *(9 Month Residency Verified)*	

INOVA®

Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System ("Inova") does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

See reverse for language services.

INOVA®

Interpreter Services are available at no cost to you.

Please let our staff know of your needs for effective communication.

Spanish	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
Korean	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
Vietnamese	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
Chinese	注意：如果你說中文，可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有 效溝通。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
Tagalog	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalam sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت را یگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
Amharic	ትኩረት፡ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል፡፡ ውጤታማ የሆነ ኮሚዩኒኬሽን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞችን እንዲያውቅ ያድርጉ፡፡
Urdu	توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملہ کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
French	Attention: Si vous parlez Francais, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
Russian	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
Hindi	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते है, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
German	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
Bengali	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
Kru (Bassa)	Tò Ðùǔ Nɔ̀mɔ̀ Dyíin Cáo: Ɔ jǔ ké m̀ dyi Gɔ̀ɖɔ̌ɔ̀-wùɖù (Ɓǎsɔ́ɔ̀-wùɖù) po ní, nìí, à ɓéɖé gbo-kpá-kpá ɓó wuɖu-dù kò-kò po-nyɔ̀ ɓě bìì nɔ̄ à gbo ɓó pídyi. M̌ dyi ɖɛ ɖò mɔ́ nɔ̄ à gbo ní, m̀ mɛ nyuɛ ɓé à kǔà-nyɔ̀ ɓěɔ̀ kéɛ dyí dyuò, ké à kè mɔ̀ kè muɛ jè cɛ̄ìn nɔ̀mɔ̀ dyíin.
Ibo	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dịịrị gị. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gị maka nkwukọrịta ga-aga nke ọma.
Yoruba	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn iṣẹ iranilọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Jọwọ jẹ ki ara ibiṣẹ wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraẹnisọrọ ti o munadoko.