

درخواست کمک مالی – دستورالعمل‌ها

فرم درخواست برنامه کمک مالی El Camino Health پیوست شده است. لطفاً فرم درخواست را تکمیل و امضا کنید و به همراه مدارک ذکر شده در زیر، به دفتر ما ارسال کنید.

واجد شرایط بودن – شما ممکن است واجد شرایط مراقبت خیریه (خدمات 100% رایگان) باشید اگر: (1) بیمه نیستید یا هزینه‌های پزشکی بالا دارید و (2) درآمد خانوارتان برابر یا کمتر از 400% سطح فقر فدرال است. هنگام بررسی واجد شرایط بودن شما، پس‌اندازهای شما را در نظر نمی‌گیریم. اگر واجد شرایط باشید، برای مراقبت‌های اورژانسی یا درمانی ضروری، بیش از بیماران دارای بیمه از شما هزینه دریافت نخواهد شد.

مدارک – ارائه مدرک درآمد برای همه متقاضیان الزامی است. مدارکی که به عنوان مدرک درآمد قابل قبول در نظر گرفته می‌شوند، در زیر ذکر شده‌اند.

- اظهارنامه‌های مالیاتی اخیر (یعنی اظهارنامه‌های مالیاتی که درآمد بیمار را برای سالی که اولین صورتحساب برای بیمار در آن صادر شده یا 12 ماه قبل از تاریخ اولین صورتحساب برای بیمار مستند می‌کنند)، یا
- فیش‌های حقوقی اخیر (یعنی فیش‌های حقوقی ظرف 6 ماه قبل یا بعد از تاریخ اولین صورتحساب بیمارستان، یا درباره خدمات پیش از ارائه، زمانی که درخواست کمک هزینه ارسال می‌شود).

ارسال – درخواست‌های تکمیل‌شده و مدارک پشتیبان را می‌توانید از طریق هر یک از روش‌های زیر به دفتر ما ارسال کنید:

• اسکن و ایمیل: charity_care@elcaminohealth.org

• فکس: گیرنده: Charity Care
650-966-9334

ATTN: Charity Care / Patient Accounts Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

• ارسال پستی/
تحویل حضوری:

اگر درباره فرایند درخواست سوالی دارید، لطفاً از ساعت 9 صبح تا 4 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه، با تیم خدمات مشتری حسابهای بیماران ما با شماره **800-665-6540** تماس بگیرید. شما حق دارید به صورت رایگان برای این درخواست کمک دریافت کنید؛ از جمله خدمات ترجمه شفاهی رایگان و ترجمه اسناد به زبان خودتان در صورت نیاز. لطفاً برای دریافت کمک با ما تماس بگیرید.

اطلاعیه مربوط به حقوق – درخواست کمک مالی تأثیری بر توانایی شما در دریافت مراقبت‌های اورژانسی یا پزشکی ضروری نخواهد داشت. صرف نظر از وضعیت مهاجرتی‌تان، می‌توانید درخواست بدهید.

فرم درخواست کمک مالی بیمار

تاریخ دریافت درخواست (توسط El Camino Health تکمیل شود): _____

شماره حساب / پرونده پزشکی: _____

نام بیمار: _____

El Camino Health به افرادی که واجد شرایط بیمه نامه ما باشند، مراقبت‌های خیریه (رایگان) ارائه می‌دهد. اگر نمی‌خواهید برای مراقبت خیریه درخواست بدهید و فقط می‌خواهید برای پرداخت مشمول تخفیف درخواست بدهید (که رایگان نیست)، لطفاً گزینه زیر را علامت بزنید:

☐ بیمارانی که فقط برای واجد شرایط بودن برنامه تخفیف (که رایگان نیست و در حال حاضر توسط El Camino Health ارائه نمی‌شود) درخواست می‌دهند، ممکن است کمک مالی کمتری نسبت به آنچه ممکن است تحت برنامه مراقبت خیریه El Camino Health در دسترس باشد، دریافت کنند. (آیین‌نامه مقررات کالیفرنیا، عنوان 22، بخش (2)(a) 96051.8. من تأیید می‌کنم که El Camino Health برنامه تخفیف ندارد، اما نمی‌خواهم برای مراقبت رایگان درخواست بدهم.

اطلاعات (ضامن) متقاضی:

نسبت با بیمار:

☐ خودم ☐ ولی/سرپرست

نام: _____

آدرس: _____

ایالت، کد پستی: _____

شماره(های) تلفن: _____

شماره تأمین اجتماعی: _____

کارفرما: _____

شغل: _____

وضعیت تأهل: _____

تعداد افراد تحت تکفل _____

درآمد سالانه خانواده: دلار _____

شهر: _____

شماره تلفن: _____

شماره(های) تلفن همراه: _____

تاریخ تولد: _____

تلفن کارفرما: _____

نام همسر: _____

سن افراد تحت تکفل: _____

(ارائه مدارک مربوط به درآمد الزامی است.)

لطفاً مبنای واجد شرایط بودن خود را مشخص کنید - باید یا بیمه نداشته باشید یا هزینه‌های پزشکی بالا داشته باشید.

☐ بیمه ندارم.

☐ هزینه‌های پزشکی بالا دارم که بیش از 10% درآمد است.
(اطلاعات زیر را تکمیل کنید.)

آ. درآمد سالانه فعلی خانواده یا درآمد خانواده در 12 ماه گذشته (هر کدام کمتر است): _____

ب. 10% از درآمد خانواده ذکر شده در ردیف آ: _____

ج. هزینه‌های سالانه پرداختی از جیب بیمار در El Camino Health یا هزینه‌های پزشکی سالانه پرداختی از جیب بیمار یا خانواده بیمار به همراه مدارک پشتیبان (هر کدام بیشتر است): _____

با امضای زیر، من/ما اعلام می‌کنیم که تمام اطلاعات ارائه شده تا آنجا که من/ما می‌دانیم، صحیح و درست است.
من/ما به El Camino Health اجازه می‌دهیم هرگونه اطلاعات مذکور در این درخواست را بررسی و تأیید کند.

امضای بیمار/متقاضی _____ تاریخ _____
(در صورتی که بیمار زیر 18 سال سن داشته باشد، امضای ولی یا سرپرست او الزامی است.)

امضای نماینده بیمار _____ تاریخ _____
نسبت _____
(اگر بیمار به دلیل بیماری یا ناتوانی قادر به امضا کردن نباشد.)