

ساعات کاری: 8 صبح تا 6 بعد از ظهر، روزهای کاری هفته
شماره تلفن: 323-866-8600
دسترسی 24 ساعته با فکس: 323-866-3077
ایمیل: Patient.Billing@cshs.org

Cedars-Sinai مرکز پزشکی
واحد رسیدگی به کمک‌های مالی
پرونده 1688
1801 W. Olympic Blvd
Pasadena, CA. 91199-1688

ممکن است خدماتی که دریافت کرده‌اید برای قرار گرفتن تحت پوشش خطمشی کمک مالی Cedars-Sinai واجد شرایط باشد. با این حال، برای اینکه توانایی شما در پرداخت بخشی از صورت حساب (های) بیمارستان تحت خطمشی کمک مالی Cedars-Sinai یا کل آن صورت حساب (ها) به‌درستی ارزیابی شود، به مدارک بیشتری نیاز است.

به پیوست خلاصه‌ای از سند خطمشی مذکور جهت مرور شما ارائه شده است. برای اینکه به ما در انجام ارزیابی کمک کنید، لطفاً مدارک زیر را حداکثر ظرف 15 روز از تاریخ این نامه ارائه دهید. لطفاً توجه داشته باشید که تهیه تمام مدارک درخواستی ضرورت دارد، در غیر این صورت باید اظهارنامه‌ای امضا شده فراهم کنید مبنی بر اینکه چرا هر یک از موارد ذیل در مورد شرایط شما قابل اطلاق نیست. لطفاً اطلاعات خود را از طریق اطلاعات آدرس پستی، فکس یا ایمیلی که در بالای این نامه درج شده است، به دست ما برسانید. خواهشمندیم کپی مدارک نامبرده در زیر را ارسال نمایید، زیرا اسناد ارسالی به شما برگردانده نخواهد شد:

- (1) تقاضانامه تکمیل شده (به پیوست این نامه ارسال شده است).
 - یک نسخه از اظهارنامه مالیاتی فدرال (برای مثال، فرم 1040) یا سوابق سال قبل به همراه فرم 4506-T پیوست این نامه که امضا و تاریخ داشته باشد. اظهارنامه مالیاتی ایالتی خود را ارسال نکنید. اگر اظهارنامه مالیاتی فدرال در دسترس نیست، یک نسخه از جدیدترین فیش (های) حقوقی خود از تمام موارد اشتغال در طی شش (6) ماه گذشته (بیمار و همسر) را نیز ارسال کنید و اگر تغییر خاصی در درآمد سال قبل داشتید، به ما اطلاع دهید.
 - لطفاً توجه داشته باشید که مورد فوق مستمری‌های عمومی را نیز شامل می‌شود؛ برای مثال حقوق بیکاری، مبالغ از کار افتادگی، تأمین اجتماعی و غیره.
 - اگر درآمدی ندارید که در مدارک فوق‌الذکر آمده باشد، لطفاً شرح مختصری از شرایط مالی کنونی خود ارائه دهید. حتماً تاریخ و امضایتان را در اظهارنامه درج کنید.
 - اگر از کسی کمک مالی دریافت می‌کنید، لطفاً از آن شخص بخواهید یک اظهارنامه کتبی ارائه دهد که مبلغ کمک مالی و دفعاتی که کمک مالی به شما ارائه شده است در آن بیان شده باشد.
- (2) تأییدیه اجاره یا رهن (کوپن، رسید اجاره، چک پاس شده)
 - اگر با کسی زندگی می‌کنید، لطفاً از آن شخص بخواهید اظهارنامه‌ای کتبی با شرح شرایط مالی مورد توافق ارائه دهد.
- (3) نسخه‌ای از هر دو (2) صورت حساب بانکی حساب جاری و پس‌انداز (تمام صفحات برای بیمار و همسر).
- (4) در صورت امکان نسخه‌ای از صورت حساب‌های حساب بازار بورس/کارگزاری، اوراق سهام و قرضه و گواهی‌های سپرده.

حساب‌های بازنشستگی نظیر صورت حساب‌های 401(k) و 403(b) و طرح‌های حقوق بازنشستگی مستثنی هستند و نباید ضمیمه شوند.

لطفاً همچنين توجه داشته باشيد كه ارائه درخواست كامل به اين معنا نيست كه خدمات فراهم شده به شما با قطعيت واجد شرايط خطمشی كمك مالی Cedars-Sinai خواهد شد. ملاحظاتی در روند بررسی ما دخیل است. زمانی كه روند بازبینی كامل شد، از طریق پست نتیجه درخواست به شما اطلاع رسانی خواهد شد.

خطمشی كمك مالی Cedars-Sinai برای بیماران كمك مالی فراهم می‌کند كه درآمد خانواده آنها بیش از 600 درصد سطح فقر فدرال نباشد. منابع دیگری نیز از نوع منابع فدرال، ایالتی، محلی و خصوصی وجود دارد كه هزینه خدمات درمانی را برای افراد كمدرآمد تأمین می‌کند. ما می‌توانیم در تشخیص منابع مالی كه برای شرایط ما مناسب هستند، به شما كمك کنیم.

در صورت داشتن هرگونه سؤال، لطفاً با نمایندگان بخش خدمات مشتریان به شماره 323-866-8600 تماس بگیرید تا از راهنمایی آنها برخوردار شوید.

با احترام،

واحد خدمات مالی بیماران، مركز پزشکی Cedars-Sinai

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE
تقاضانامه کمک مالی

نام بیمار: _____

شماره پرونده پزشکی یا حساب بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ 4 رقم آخر شماره تأمین اجتماعی: XXX-XX-_____

بهترین تلفن تماس در روز: () _____ - _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

نام همسر: _____ 4 رقم آخر شماره تأمین اجتماعی: XXX-XX-_____

شهروند ایالات متحده آمریکا هستید؟ بله خیر

اگر جواب خیر است، از اتباع خارجی مقیم این کشور هستید؟ بله خیر

اگر جواب خیر است، از اتباع خارجی غیرمقیم این کشور هستید؟ بله خیر

وضعیت خانواده: کلیه افراد تحت تکفل خود را فهرستوار ذکر کنید (اگر تعداد بیش از 4 نفر است، از صفحه جداگانه‌ای استفاده کنید)

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

کار و اشتغال

کار فرما: _____ سمت: _____

در صورت اشتغال به شغل آزاد، نام کسب و کار: _____

آدرس کار فرما _____

تلفن: () _____ - _____ مدت اشتغال به کار: _____

کار فرمای همسر: _____ سمت: _____

در صورت اشتغال به شغل آزاد، نام کسب و کار: _____

مجموع	همسر	بیمار	درآمد ماهانه فعلی:
دلار	دلار	دلار	ناخالص پرداختی (حقوق)
دلار	دلار	دلار	درآمد خالص از شغل آزاد
دلار	دلار	دلار	بهره و سود سهام
دلار	دلار	دلار	املاک یا ملک استیجاری
دلار	دلار	دلار	تأمین اجتماعی/بازنشستگی/ازکار افتادگی
دلار	دلار	دلار	نقده، پرداخت‌های حمایتی
دلار	دلار	دلار	سایر
دلار	دلار	دلار	مجموع درآمد ماهانه

مجموع	همسر	بیمار	مخارج ضروری زندگی
دلار	دلار	دلار	رهن یا اجاره
دلار	دلار	دلار	مالیات بر املاک
دلار	دلار	دلار	خدمات شهری و تلفن
دلار	دلار	دلار	نفقه
دلار	دلار	دلار	وام خودرو/مبلغ اجاره
دلار	دلار	دلار	تحصیل
دلار	دلار	دلار	مدرسه/مراقت از فرزندان (افراد صغیر تحت تکفل)
دلار	دلار	دلار	غذا
دلار	دلار	دلار	بیمه (خانه/خودرو)
دلار	دلار	دلار	سایر مخارج
دلار	دلار	دلار	مجموع مخارج ماهانه

مجموع	همسر	بیمار	بدهی پزشکی فعلی
دلار	دلار	دلار	بدهی پزشکی معوقه (Cedars-Sinai)
دلار	دلار	دلار	سایر بدهی های پزشکی
دلار	دلار	دلار	مجموع بدهی های پزشکی

مجموع	همسر	بیمار	دارایی ها (بدون احتساب حساب های بازنشستگی)
دلار	دلار	دلار	سهام و اوراق بهادار
دلار	دلار	دلار	بازار پول/حساب های کارگزاری
دلار	دلار	دلار	گواهی های سپرده
دلار	دلار	دلار	کل دارایی ها

با امضای این تقاضانامه، به مرکز Cedars-Sinai اجازه می‌دهم وضعیت اشتغال من را بررسی کند و درخواست پیشینه اعتباری دهد.

_____ (تاریخ)

_____ (امضای بیمار)

_____ (تاریخ)

_____ (امضای همسر)