

John Muir Health مفتخر است برنامه ای برای بیماری‌های ارانه دهد که برای پرداخت صورتحساب‌های پزشکی خود به کمک نیاز دارند. این برنامه کاملاً توسط خود John Muir Health به عنوان بخشی از تعهد ما به اجتماعی که به آن خدمت می‌کنیم تأمین مالی می‌شود. لطفاً توجه داشته باشید که پذیرش در برنامه مساعدت مالی بیمار John Muir Health هزینه خدمات ارانه دهندگانی را که مستقیماً در استخدام این مرکز پزشکی نیستند یا خدماتی را که در خارج از بیمارستان‌های ما ارائه شده باشند پوشش نمی‌دهد. این برنامه فقط حساب‌های مربوط به خدمات بیمارستانی ارانه شده را پوشش می‌دهد که یک صورت حساب اولیه برای آنها طی هشت ماه گذشته به شما ارائه شده است و به طور خودکار خدمات آینده را پوشش نمی‌دهد.

بررسی تقاضانامه شما نیازمند برخی مدارک مشخص است. از آنجا که برنامه مساعدت مالی بر مبنای درآمد خانوار است، لطفاً اطلاعاتی را که در زیر درخواست شده است برای خودتان و تمامی افراد بزرگسال ساکن در خانوارتان که شما را در اظهارنامه مالیاتی خود گزارش می‌دهند یا به تأمین مخارج زندگی شما کمک می‌کنند ارائه دهید. اگر قادر نیستید اطلاعات زیر را ارائه دهید، لطفاً توضیح کتبی ارائه دهید.

شرط صلاحیت اولیه:

باید درآمد خانوار شما زیر 400% خط فقر فدرال (FPL) بر مبنای اعضای خانوار باشد. برای آستانه‌های درآمد، لطفاً به جدول زیر رجوع کنید.

اندازه خانواده	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
400% FPL	60,240 دلار	81,760 دلار	103,280 دلار	124,800 دلار	146,320 دلار	167,840 دلار	189,360 دلار	210,880 دلار	232,400 دلار	253,920 دلار

شرایط مدارک:

- آخرین اظهارنامه مالیاتی تنظیم و امضا شده و جدیدترین W-2
- کپی فیش‌های حقوقی مربوط به دو دوره پرداختی اخیر
- گواهی پرداختی‌های اجاره/رهن مربوط به سه ماه اخیر
- جدیدترین صورت حساب‌ها برای تمامی حساب‌های سرمایه‌گذاری
- صورتحساب‌های بانکی سه ماه اخیر، تمامی صفحات - چک و پس‌انداز
- کارنامه مدرسه و کمک هزینه مالی در صورت اطلاق

به علاوه، اگر بیمه ندارید:

- بیماران سن بالای 18 سال موظفند از طریق Covered California به شماره 975-1142 (888) برای پوشش پزشکی تقاضا دهند و یک نسخه از نامه جوابیه را که وضعیت رد شدن یا پذیرش متقاضی در برنامه‌ها را قید می‌کند ارائه دهند. یک کپی از کارت بیمه را در صورت اطلاق پیوست کنید.
- اگر بیمار خردسال است یا پشتیبانی کودکان خردسال را بر عهده دارد، بیمار موظف است برای Medi-Cal به شماره 709-8348 (800) تقاضا دهد و یک نسخه از نامه جوابیه را که وضعیت رد شدن یا پذیرش در برنامه‌ها را قید می‌کند ارائه دهد.

به علاوه، اگر بیمه دارید:

- مدرکی که نشان دهد هزینه‌های پزشکی شما (شامل همه افرادی که در خانوار شما هستند) از کمتر از 10% درآمد خانواده خانوار شما در 12 ماه قبل از تقاضا یا درآمد فعلی خانواده شما تجاوز کرده است.

باید این اطلاعات ظرف 30 روز پس از این نامه به ما تحویل شود. توجه: اگر تقاضانامه امضا شده و اطلاعات تکمیل شده شما تا تاریخ سررسید عنوان شده دریافت نشود، John Muir Health قادر به بررسی درخواست مساعدت شما نخواهد بود و تقاضانامه شما رد خواهد شد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با بخش خدمات مشتریان ما تماس بگیرید: (925) 947-3336.

با سپاس.

1. اطلاعات بیمار	
نام خانوادگی	نام
تاریخ تولد:	

2. اطلاعات متقاضی		نسبت با بیمار <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سایر _____	
نام خانوادگی	نام	وضعیت تأهل <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد	
نشانی خیابان (بدون صندوق پستی)	شهر	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی
چه مدت در این نشانی بوده اید؟	آیا در حال حاضر شاغل هستید؟	ایالت	کد زیپ
تلفن منزل	تلفن همراه	شهرستان	مدت اشتغال؟
	راه ارتباطی دیگر		

3. اطلاعات عمومی			
آیا بیمار دارای قیم قانونی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (اگر بله، لطفاً اطلاعات قیم را در زیر ارائه دهید)			
نام خانوادگی	نام	نسبت با بیمار <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سایر _____	
نشانی خیابان	شماره آپارتمان/سوییت	شهر	ایالت
			کد زیپ

4. اطلاعات خانواده و مقدمات مسکن	
(برای فردی که مسئولیت مالی حساب را بر عهده دارد، اگر غیر از بیمار است)	
تعداد اعضای خانوار شما با احتساب خودتان چقدر است؟ _____	
چند نفر از اعضای خانوار به تأمین مالی شما کمک می کنند؟ _____	
چند نفر از اعضای خانوار که در خانوار شما زندگی می کنند سن پایین تر از 21 سال دارند و شما مسئولیت مالی آنها را بر عهده دارید؟ _____	
نام _____ سن _____	
نام _____ سن _____	
نام _____ سن _____	
نام _____ سن _____	
آیا مالک خانه خود هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
آیا در خانه والدین خود یا فرد بزرگسال دیگری زندگی می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا اجاره می پردازید؟ <input type="checkbox"/>	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مبلغ اجاره در ماه: _____	
رهن/اجاره خود را چگونه پرداخت می کنید؟ _____	
آیا در عوض اجاره/مخارج زندگی کار می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
لطفاً توضیح دهید: _____	
آیا به طور کامل یا جزئی از یکی از اعضای بزرگسال خانه خود پشتیبانی مالی دریافت می کنید؟	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

آیا هر کدام از انواع پشتیبانی های مالی زیر را دریافت می کنید؟ لطفاً همه مواردی را که صدق می کند علامت بزنید.

مخارج زندگی

صورتحساب های پزشکی

سایر _____

مبلغ کل تخمینی پشتیبانی مالی: _____ دلار در ماه یا _____ دلار در سال

آیا در حال حاضر کمک هزینه مالی برای رفتن به مدرسه دریافت می کنید؟ بله خیر

مبلغ کل پشتیبانی مالی: _____ دلار در ترم یا _____ دلار در سال

آیا در حال حاضر حمایت های دولتی دریافت می کنید؟ لطفاً همه مواردی را که صدق می کند علامت بزنید.

کوپن غذا مساعادت مسکن پرداختی صدمات حین کار

ازکارافتادگی رفاه/WIC

سایر (لطفاً نام ببرید): _____

آیا والدین یا سرپرست شما در مالیات بر درآمد خود شما را به عنوان وابسته ثبت می کنند؟ بله خیر

آیا سال گذشته مالیات خود را اظهار کردید؟ بله خیر

آیا تراز درآمد ناخالص شما کمتر از 13,850 دلار بود؟ بله خیر

5. اطلاعات بیمه سلامت و اشتغال

(برای بیمار این حساب)

آیا در حال حاضر شاغل هستید یا در زمان دریافت خدمات پزشکی خود شاغل بودید؟

بله خیر

آیا کارفرمای شما بیمه سلامت به کارکنان خود ارائه می دهد؟ بله خیر

آیا شما تحت پوشش این بیمه سلامت هستید؟ بله خیر

اگر خیر، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید. _____

آیا همسر/هم خانه قانونی شما (یا والدین، اگر بیمار خردسال است) در حال حاضر شاغل است یا در زمان دریافت خدمات پزشکی شما

شاغل بود؟ بله خیر

آیا کارفرمای همسر/هم خانه قانونی شما (یا والدین، اگر بیمار خردسال است) بیمه سلامت به کارکنانش ارائه می دهد؟ بله خیر

آیا شما تحت پوشش این بیمه سلامت هستید؟ بله خیر

اگر خیر، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید. _____

6. سایر برنامه ها

(برای بیمار این حساب)

آیا ظرف 12 ماه از این تقاضانامه، برای هر کدام از برنامه های فهرست شده در زیر تقاضا داده اید؟ لطفاً همه برنامه هایی را که صدق می کند علامت بزنید.

Medi-Cal سلامت خانواده Medicare مراقبت پایه بزرگسالان

قربانیان جرایم خشن ازکارافتادگی ایالت

7. دارایی های درآمدی

(برای فردی که مسئولیت مالی حساب را بر عهده دارد، اگر غیر از بیمار است)

آیا دارای/مالک هر کدام از موارد زیر هستید؟ (همه مواردی را که در مورد شما صدق می کند علامت بزنید)

خانه ملک اجاره ای حساب چک حساب پس انداز

کارت های اعتباری حساب سرمایه گذاری سهام/اوراق قرضه صندوق امانات

8. مدارک اثبات کننده

(برای تمامی بزرگسالانی که در خانوار زندگی می کنند و به تأمین مالی شما کمک می کنند الزامی است)

- اگر تمامی مدارک ارائه نشود، ممکن است تقاضانامه رد شود. اگر هر کدام از مدارک موجود نیست، لطفاً دلیل آن را توضیح دهید.
- کپی اظهارنامه مالیاتی درآمد (فرم 1040) که آخرین بار برای تمامی اعضای خانوار شما که مالیات اظهار کرده اند تنظیم شده است.
 - فیش های حقوقی به روز (دو دوره پرداختی اخیر)
 - گواهی پرداختی های اجاره/رهن مربوط به سه ماه اخیر
 - جدیدترین صورت حساب ها برای تمامی حساب های سرمایه گذاری
 - صورتحساب های بانکی سه ماه اخیر، تمامی صفحات - چک و پس انداز
 - کارنامه مدرسه و کمک هزینه مالی (در صورت اطلاق)
 - کپی تأمین اجتماعی، از کارافتادگی، مستمری و/یا نامه تخصیص بیکاری (در صورت اطلاق).
 - کپی حکم دادگاه نفقه فرزند یا رسید واریز (در صورت اطلاق)

9. توضیحات

هر گونه اطلاعات تکمیلی را که مایل به ارائه هستید اما در این تقاضانامه درخواست نشده است وارد کنید.

10. امضا و تاریخ (الزامی برای متقاضی)

گواهی می دهم که تمامی این اطلاعات درست و کامل هستند و بدین وسیله به John Muir Health مجوز می دهم درخواست گزارش اعتبار بدهد و/یا هر کدام از اطلاعات فوق را که لازم می داند راستی آزمایی کند. واقف هستم که ممکن است تقاضانامه های ناقص، شامل تقاضانامه فاقد امضا، رد شوند. موافقت می کنم که هر گونه تغییر در شرایط مالی خود را که ممکن است در واجدیت شرایط من برای کمک هزینه مالی تأثیر بگذارد به John Muir Health اطلاع دهم.

امضای متقاضی

تاریخ

لطفاً تقاضانامه و تمامی اطلاعات را به نشانی زیر بازگردانید:

**JOHN MUIR HEALTH
5003 COMMERCIAL CIRCLE
CONCORD, CA 94520
ATTN: SINGLE BUSINESS OFFICE**

تقاضانامه مساعدت بیمار تکمیل شده به همراه مدارک
درخواست شده باید تا
30 روز پس از دریافت این نامه
بازگردانده شود

لطفاً دقت کنید که تمام قسمت های تقاضانامه را تکمیل کنید و آن را به همراه
تمامی مدارک لازم که در ضمیمه نامه فهرست شده است ارسال کنید.
ممکن است تقاضانامه های ناقص واجد شرایط صلاحیت برنامه نشوند.
اگر تقاضانامه و مدارک شما تا تاریخ فوق دریافت نشود، فرض بر این خواهد شد که شما تصمیم گرفته اید
تقاضای خود را ادامه ندهید و تقاضای شما بسته خواهد شد.

لطفاً در خصوص موارد زیر با خدمات مشتریان به شماره 925-947-3336 تماس بگیرید:

- هر گونه سؤال درباره تقاضانامه
- کمک در خصوص تکمیل تقاضانامه
- زمان بیشتر برای تکمیل تقاضانامه