

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

[برای خدمات حرفه‌ای و بیمارستانی که توسط مراکز و پزشکان Trinity Health ارائه می‌شود]

شخصی و محرمانه

از اینکه Saint Alphonus Health System را به عنوان ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود انتخاب کرده‌اید سپاسگزاریم. برای تکمیل ارزیابی کمک مالی خود، لطفاً فرم درخواست به پیوست را تکمیل کنید و آن را به آدرس زیر بازگردانید.

در صورت داشتن هر گونه سؤال، لطفاً با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 800-494-5797، از دوشنبه الی جمعه از ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر به وقت ET تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیماران شرکت
Trinity Health
از طرف Saint Alphonus Health System
Victor Parkway 20555
Livonia, MI 48152

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

[برای خدمات حرفه‌ای و بیمارستانی که توسط مراکز و پزشکان Trinity Health ارائه می‌شود]

[لطفاً فرم درخواست را تکمیل و امضا کنید و آن را به همراه کپی موارد زیر ظرف 10 روز برگردانید:]

[تأییدیه‌ها مورد نیاز]

- [مدرکی از درآمد ناخالص در یک ماه گذشته]
- [صورت‌حساب‌های بانکی کامل برای همه حساب‌های بانکی در دو ماه گذشته، همراه با تمام صفحات (توضیح سپرده‌های مکرر)]
- [اظهارنامه مالیاتی اخیر (فرم 1040 با جدول E، C یا F) یا صورت‌های سود و زیان سه ماهه (برای افراد خویش‌فرما/تحت تکفل)]
- [در صورت امکان، موارد زیر را ارائه دهید]
- [W2 اخیر برای درآمد فصلی] [مزایای بیکاری/نامه رد درخواست] [درآمد حمایت از فرزند/نفقه]
- [بدون درآمد - نامه کامل مربوط به کمک هزینه مالی از درخواست]

اطلاعات بیمار

[نام بیمار]		[تاریخ تولد]	
[شماره تامین اجتماعی/EIN (اختیاری)]		[تلفن همراه]	[تلفن دیگر]
[آدرس پستی]	[شهر]	[ایالت]	[کد پستی]
[آدرس ایمیل]		[شما ساکن کدام ایالت هستید؟]	
[وضعیت تأهل] <input type="checkbox"/> [مجرد] <input type="checkbox"/> [متاهل] <input type="checkbox"/> [طلاق گرفته] <input type="checkbox"/> [سایر] _____			
[آیا اظهارنامه مالیاتی فدرال را تسلیم می‌کنید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر]		[آیا می‌توان تأیید کرد که شما وابسته به اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری هستید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر]	
[آیا شما یا افراد تحت تکفل شما در زمان دریافت خدمات تحت پوشش بیمه درمانی بودید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر] [کپی کارت بیمه را ارائه دهید]			
[آیا مقیم ایالات متحده هستید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر] <input type="checkbox"/> [ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم]			
[اعضای خانوار، شامل خودتان بر اساس اظهارنامه مالیاتی اخیرتان]	[تاریخ تولد]	[نسبت با بیمار]	[مورد ادعا در اظهارنامه مالیاتی (بله/خیر)]

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

[برای خدمات حرفه‌ای و بیمارستانی که توسط مراکز و پزشکان Trinity Health ارائه می‌شود]

[تأییدیه درآمد برای همه اعضای خانواده]					
[منبع درآمد ماهانه]	[چه کسی آن را دریافت می‌کند؟]	[درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات)]	[منبع درآمد ماهانه]	[چه کسی آن را دریافت می‌کند؟]	[درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات)]
[دستمزد]		[مزد کارگران]			
[تأمین اجتماعی/مطلوبیت]		[بیکاری]			
[حقوق بازنشستگی]		[حمایت از کودک/نفقه]			
[خویش فرمایی]		[درآمد زمین اجاره‌ای]			
[کمک‌های عمومی]		[سایر]			
[نامه حمایت مالی - فقط باید توسط شخص پشتیبان تکمیل شود]					
<input type="checkbox"/> [بیش از 50 درصد از هزینه‌های زندگی بیمار را تأمین می‌کنم، اما نمی‌توانم در پرداخت صورتحساب‌های پزشکی کمک کنم].					
<input type="checkbox"/> [با امضای این نامه، تأیید می‌کنم که اظهارات فوق صحت دارد و به هیچ وجه مسئولیتی در قبال صورتحساب‌های بیمار نخواهم داشت. در صورت داشتن هر گونه سؤال، لطفاً با من به شماره _____ (شماره تلفن تماس بگیرید)					
[نام شخص پشتیبان]			[نسبت با بیمار]		
[امضای شخص پشتیبان]			[تاریخ]		

[تأییدیه درآمد و شناسایی]

[گواهی می‌دهم که اطلاعات قید شده در این فرم درخواست تا جایی که می‌دانم درست و کامل است. درک می‌کنم که اطلاعات ارائه شده باید تأیید شود. در صورتی که اطلاعات فوق به بهانه‌های نادرست ارائه شده باشد، مسئولیت بازپرداخت هر گونه خدمات ارائه شده در شرکت‌های وابسته به Trinity Health بر عهده من خواهد بود.]

[امضای بیمار]: _____ [تاریخ]: _____

[یا امضای سرپرست قانونی (در صورت وجود)]: _____ [تاریخ]: _____

[نسبت با بیمار]: _____ [تاریخ]: _____

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

[برای خدمات حرفه‌ای و بیمارستانی که توسط مراکز و پزشکان Trinity Health ارائه می‌شود]

[لطفاً فرم درخواست خود را به آدرس بالا پست کنید، آن را به شماره 312-871-3350 فکس کنید و یا اسناد را از طریق MyChart (پورتال بیمار) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> آپلود کنید. در صورت داشتن هر گونه سؤال، لطفاً از ساعت 9 صبح -5 بعد از ظهر به وقت ET روزهای دوشنبه تا جمعه با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 800-494-5797 تماس بگیرید.]