

مهم: امکان دارد بتوانید مراقب رایگان یا دارای تخفیف دریافت کنید: تکمیل این درخواست به AdventHealth کمک می‌کند تشخیص دهد آیا شما می‌توانید خدمات رایگان یا دارای تخفیف یا سایر برنامه‌های عمومی را دریافت کنید تا در پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شما کمک شود. لطفاً این درخواست را به نشانی نوشته‌شده در توصیه‌نامه ارسال کنید.

اگر بیمه ندارید، لازم نیست جهت تأیید صلاحیت برای مراقبت رایگان یا دارای تخفیف، شماره تأمین اجتماعی ارائه دهید. با این حال، برای برخی برنامه‌های عمومی (از جمله Medicaid)، ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی است. ارائه شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست اما به AdventHealth کمک می‌کند تشخیص دهد آیا صلاحیت هر کدام از برنامه‌های عمومی را دارید یا نه. برای هر کدام از سؤالات درخواست که علامت «اختیاری» دارد، پاسخ شما (یا عدم پاسخ‌دهی) هیچ تأثیری بر نتیجه درخواست نخواهد داشت.

به منظور اینکه بعد از تاریخ خدمات، در اسرع وقت درخواست مراقبت رایگان یا دارای تخفیف ارائه دهید، لطفاً این فرم را تکمیل و آن را به صورت حضوری یا از طریق پست، پست الکترونیکی یا فاکس به AdventHealth ارسال کنید. درخواستتان را تا حداکثر ۲۴۰ روز بعد از صدور اولین صورتحساب مراقبت‌هایتان خواهیم پذیرفت. با ارسال این درخواست، شما تأیید می‌کنید که با حسن نیت تمام اطلاعات درخواست را ارائه داده‌اید تا به AdventHealth کمک کنید تشخیص دهد آیا بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی است یا نه. در صورت داشتن هرگونه سؤال درباره روند درخواست، می‌توانید از طریق شماره ارائه‌شده با بخش مشاوره مالی AdventHealth تماس بگیرید و پرسش یا نگرانی خود را مطرح کنید: 844-652-0600.

می‌توانید شکایات یا نگرانی‌های بیماران بیمه‌نشده درخصوص روند درخواست تخفیف یا روند کمک مالی بیمارستان را به Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (دفتر مراقبت‌های بهداشتی دادستان کل ایلینوی) گزارش کنید. شماره تلفن مستقیم رایگان Health Care Bureau (دفتر مراقبت‌های بهداشتی) ۱-۸۷۷-۳۰۵-۵۱۴۵ (تله‌تایپ ۳۰۱۳-۹۶۴-۸۰۰-۱) است.

اطلاعات بیمار

(لطفاً آن را چاپ کنید و حتماً همه فیلدها را تکمیل کنید. اگر هر کدام از موارد درخواست مرتبط نبود، جلوی آن کلمه «ناموجود» را بنویسید)

تاریخ _____ شماره حساب _____

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____

اختیاری - هویت جنسیتی - به نظر خودتان کدام یک از موارد زیر هستید: مرد زن مرد تراجنسیتی / مرد ترنس / زن-به-مرد (FTM)

زن تراجنسیتی / زن ترنس / مرد-به-زن (MTF نادوگانه/جنسیت منحصرأ مرد یا زن در نظر گرفته نمی‌شود دسته‌های جنسیتی دیگر (یا سایر)

اختیاری - هویت جنسیتی: در اصل چه جنسیتی در گواهینامه تولد شما نوشته شده است: مرد زن

اختیاری - نژاد: سفیدپوست سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا بومی آسیا چینی فیلیپینی ژاپنی کره‌ای ویتنامی

سایر نژادهای آسیایی بومی هاوایی گوآمی یا چامورو ساموآیی سایر نژادهای جزایر اقیانوس آرام

اختیاری - قومیت: هیسپانیک، لاتین، یا تبار اسپانیایی مکزیکی، آمریکایی مکزیکی، چیکانو پورتوریکویی کوبایی دیگر تبار هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی

اختیاری - زبان - آیا در خانه به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنید؟ بله خیر

اگر بله، چه زبانی؟: _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالات _____ کد پستی _____

اختیاری - شماره تأمین اجتماعی _____

کارفرما _____ وضعیت استخدام _____

شماره تلفن کارفرما _____

اطلاعات طرف مسئول / اطلاعات سرپرست قانونی
(اگر بیمار بالا همان طرف مسئول است، این بخش را خالی بگذارید.)

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدام _____

اطلاعات همسر طرف مسئول

(اگر بیمار همان طرف مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام (نام و نام خانوادگی) _____

تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____

نشانی پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____

کارفرما _____ وضعیت استخدام _____

شماره تلفن کارفرما _____

افراد تحت تکفل طرف مسئول

(اگر بیمار همان طرف مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

نام _____ تاریخ تولد _____ نسبت با طرف مسئول _____

تعداد بزرگسالان و کودکانی که در خانوار زندگی می کنند _____

درآمد ماهانه

(برای همه موارد فهرست شده در زیر مبلغ را به دلار وارد کنید. مبلغ ماهانه را برای هر مورد ارائه دهید.)

درآمد کسب شده متقاضی _____ درآمد	حق اولاد دریافتی _____ نفقه
همسر متقاضی _____ مزایای	دریافتی _____ درآمد
تأمین اجتماعی _____	حاصل از ملک اجاره _____ کوبین غذا
حقوق/درآمد بازنشستگی _____ درآمد	سهم _____
ناشی از ناتوانی _____ کمک	دریافتی از صندوق امانی _____ سایر
هزینه بیکاری _____ غرامت	درآمدها _____ کل درآمد
ازکارافتادگی کارگر _____ درآمد	ناخالص ماهانه به دلار _____
حاصل از بهره/عایدی سود سهام _____	

هزینه‌های زندگی ماهانه

بیمارانی که طبق توضیحات ارائه شده در «خط‌مشی کمک مالی AdventHealth»، احتمالاً واجد شرایط کمک مالی هستند لازم نیست این بخش را تکمیل کنند.

رهن/اجاره _____ خدمات	حق/نفقه اولاد _____
رفاهی _____ تلفن	کارت‌های اعتباری _____
(ثابت) _____ تلفن	صورتحساب‌های پزشک/بیمارستان _____ بیمه
همراه _____	خودرو/وسیله نقلیه _____ بیمه
خوربار/غذا _____ تلویزیون	متزل/اموال _____ بیمه
کابلی/اینترنتی/ماهواره‌ای _____ پرداخت	پزشکی/سلامت _____ بیمه
وام خودرو _____ مراقبت از	عمر _____ سایر
فرزند _____	هزینه‌های ماهانه _____ کل
	هزینه‌های ماهانه به دلار _____

دارایی‌ها

حساب نقدی/پس‌انداز/جاری _____
 سهام/اوراق بهادار/سرمایه‌گذاری/گواهی سپرده _____
 سایر املاک و مستغلات/ منزل ثانویه _____
 قایق/کاروان/موتورسیکلت/خودروی تفریحی _____
 خودروهای کلکسیونی/خودروهای غیرضروری _____
 وسیله نقلیه مرتبط با حساب پس‌انداز تغییرپذیر/حساب پس‌انداز ویژه هزینه‌های پزشکی _____

اجازه می‌دهم ADVENTHEALTH اطلاعات را از آژانس‌های گزارش‌دهی اعتبار خارجی به دست آورد. با آگاهی کامل، تأیید می‌کنم که اطلاعات نوشته شده در این درخواست صحیح و درست است.

برای هرگونه کمک ایالتی، فدرالی یا محلی که شاید برای آن واجد شرایط باشم درخواست می‌دهم تا به پرداخت صورتحساب‌های پزشکی من کمک شود. به این موضوع واقفم که ممکن است ADVENTHEALTH این اطلاعات ارائه شده را درستی سنجی کند و اجازه می‌دهم ADVENTHEALTH با اشخاص ثالث ارتباط برقرار کند تا صحت اطلاعات ارائه شده در این درخواست را به تأیید برساند. می‌دانم که اگر آگاهانه اطلاعات نادرستی در این درخواست ارائه دهم، فاقد صلاحیت برای دریافت کمک مالی در نظر گرفته خواهم شد، ممکن است کمک مالی اعطاشده به من لغو شود و مسئولیت پرداخت صورتحساب(ها) برعهده من خواهد بود.

_____ امضای متقاضی

_____ تاریخ

نظرات

نامه حامی مالی

شماره سابقه پزشکی بیمار/شماره حساب _____

نام حامی مالی _____

نسبت با بیمار/متقاضی _____

نشانی حامی مالی _____

خطاب به: AdventHealth

این نامه برای توصیه آن است که (نام بیمار) _____ درآمدی ندارد یا درآمد کمی دارد و من برای پرداخت مخارج زندگی به او کمک می‌کنم. او تعهد کمی نسبت به من دارد یا تعهدی ندارد.

با امضا کردن این بیانیه، با آگاهی کامل موافقت می‌کنم که اطلاعات ارائه شده صحیح است.

_____ امضای حامی مالی

_____ تاریخ

بیمار/متقاضی محترم،

AdventHealth با تکیه بر همدردی کار می‌کند و به ارائه مراقبت شخصی‌شده برای همه—به‌خصوص افراد نیازمند اختصاص دارد. ارائه کمک مالی به بیماران، مأموریت و افتخار ما است. کمک مالی فقط برای مراقبت‌های اضطراری و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی در دسترس است. از اینکه برای مراقبت از خود و خانواده‌تان در زمینه نیازهای مراقبت بهداشتی به ما اعتماد دارید سپاسگزاریم.

به دلیل دریافت درخواست شما، این نامه و درخواست کمک مالی ضمیمه‌شده را ارسال می‌کنیم. اگر این درخواست را ارائه نکرده‌اید، لطفاً آن را نادیده بگیرید. قبل از برگرداندن درخواست، لطفاً هر دو سمت را تکمیل کنید و امضای خود و تاریخ را درج کنید. اگر ظرف شش ماه گذشته درخواستی تکمیل کرده‌اید و برای کمک مالی تأیید شده‌اید، لطفاً به ما اطلاع دهید. ممکن است نیازی نباشد که درخواست جدید تکمیل کنید. درخواست‌های پیشین را که بیشتر از شش ماه از آن‌ها گذشته باشد بررسی نخواهیم کرد.

به همراه درخواست، لطفاً نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به‌عنوان گواهی درآمد ارائه دهید. اگر متاهل هستید یا به مدت ۶ ماه یا بیشتر با شریکتان زندگی کرده‌اید، برای اینکه درخواست پردازش شود، باید آن فرد نیز نسخه‌ای از حداقل یکی از موارد زیر را به‌عنوان گواهی درآمد خود ارائه دهد.

- کپی ۳ فیش حقوقی اخیر از کارفرما
- کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی سالانه (اگر شغل آزاد دارید، همه برنامه‌ها را اضافه کنید)
- نامه اعطای حقوق بازنشستگی و/یا تأمین اجتماعی
- آخرین اظهارنامه مالیاتی سالانه ولی یا سرپرست، در صورتی که متقاضی یکی از افراد تحت تکفل ذکرشده در فرم مالیاتی ولی یا سرپرست است و سن او کمتر از ۲۵ سال است
- دیگر مدارک اعتبارسنجی درآمد
- کپی صورتحساب بانکی ۳ ماه گذشته
- نسخه رسید مزایای بیکاری

اگر از اعضای خانواده یا دوستان کمک دریافت می‌کنید یا در خانه‌ای با آن‌ها زندگی می‌کنید، لطفاً از آن‌ها بخواهید فرم ضمیمه‌شده با برچسب «نامه حمایت مالی» را تکمیل کنند. با تکمیل این فرم، شخص هیچ مسئولیتی نسبت به پرداخت صورتحساب پزشکی شما پیدا نمی‌کند. این کار به تشخیص اینکه چگونه می‌توانید از عهده مخارج زندگی برآید کمک می‌کند. اگر کمکی از خانواده و دوستان دریافت نمی‌کنید، لازم نیست فرم «نامه حمایت مالی» را تکمیل کنید.

در نهایت، لطفاً گواهی هزینه‌های پزشکی و دارو/داروخانه پرداخت‌نشده ماهانه را نیز ارائه کنید.

لطفاً توجه داشته باشید برای اینکه درخواست را بررسی کنیم، باید درخواست تکمیل شده به همراه گواهی درآمد را دریافت نماییم. نمی‌توانیم درخواست‌هایی را که تکمیل نشده پردازش و بررسی کنیم.

لطفاً به خاطر داشته باشید که برقراری ارتباط با ایمیل از طریق اینترنت ایمن نیست. ممکن است اطلاعاتی که در ایمیل لحاظ می‌کنید رهگیری شود و افراد دیگری به غیر از مخاطب مورد نظر آن را بخوانند، هرچند غیرمحمول است.

می‌خواهیم از اطلاعات شخصی شما محافظت کنیم و مطمئن شویم ایمنی آن حفظ می‌شود. از آنجایی که درخواست حاوی شماره تأمین اجتماعی و دیگر اطلاعات خصوصی شما است، تأکید می‌کنیم آن‌ها را با ایمیل ارسال نکنید.

لطفاً درخواست تکمیل شده را چاپ کنید و به نشانی زیر ارسال کنید:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

اگر سؤالی درباره این درخواست دارید، لطفاً از طریق این شماره با یکی از «نمایندگان بیمار» ما تماس بگیرید: ۸۸۸-۶۹۳-۲۲۵۲.

با احترام،

خدمات مالی بیمار
AdventHealth