

## فرم درخواست کمک مالی NYS Uniform Hospital

اگر فاقد پوشش بیمه هستید، پوشش بیمه شما به پایان رسیده است یا پوشش بیمه دارید، اما مدرکی مبنی بر پرداخت هزینه‌های پزشکی به مبلغی بیش از 10% از درآمدهای شما ندارید، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی بیمارستان باشید. با تکمیل این فرم، فرایند درخواست شما برای کمک مالی بیمارستان شروع می‌شود. تمام بیمارستان‌های ایالت نیویورک از این فرم استفاده می‌کنند.

این فرم باید به زبان‌های اصلی<sup>1</sup> که بیماران بیمارستان به آن صحبت می‌کنند، چاپ شود.

نام بیمار (لطفاً موارد مربوطه را تکمیل کنید)

نام بیمار (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	
تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	
نشانی	شماره اپارتمان/واحد
شهر	ایالت
شماره تلفن تماس	زیپ‌کد
نام ولی/قیم یا نماینده قانونی (اگر بیمار زیر سن قانونی یک فرد بزرگسال فاقد اهلیت قانونی است)	
نشانی ایمیل (در صورت وجود)	

### اطلاعات خانواده:

لطفاً مشخصات تمام اعضای خانوارتان را در زیر ذکر کنید. خانوارتان شامل خودتان، همسران یا شریک زندگی‌تان و سایر فرزندان یا افراد تحت تکفل است. برای مثال، خانوارتان شامل تمام افرادی است که نام آن‌ها در اظهارنامه مالیاتی درج شده است.

درآمد ناخالص به معنای درآمدهای پیش از کسر مالیات است.

درآمد ناخالص می‌تواند شامل درآمد حاصل از کار (دستمزد، حقوق، انعام، درآمد حاصل از خوداشتغالی)، درآمد غیرشغلی (تأمین اجتماعی، مزایای از کارافتادگی و بیکاری)، کمک‌های دریافتی (وجوه دریافتی از خانواده یا دوستان) و سایر منابع درآمد (کمک موقت و درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی) باشد.

نام و نام خانوادگی	نسبت	مجموع درآمد ناخالص (فعلی)
	خود	

<sup>1</sup> «زبان‌های اصلی» شامل هر زبانی است که در حداقل 5% از مراجعات بیمار در سال استفاده می‌شود، یا هر زبانی است که بیش از 1% از جمعیت منطقه خدماتی اصلی بیمارستان، براساس اطلاعات جمعیتی ارائه شده از طرف اداره سرشماری ایالات متحده و داده‌های تکمیلی سیستم‌های آموزشی، به آن زبان صحبت می‌کنند.


ممکن است بیمارستان از شما درخواست کند مدارکی به‌عنوان اثبات درآمد ارسال کنید؛ فیش حقوقی، نامه از طرف کارفرما در صورت امکان یا فرم 1040 چند نمونه از این مدارک است.

#### وضعیت بیمه سلامت

از هیچ نوع بیمه، شامل Medicare، Medicaid یا بیمه شخصی که از طرف کارفرمایان ارائه شده یا خودتان خریده‌اید، برخوردار هستید؟

بله  خیر

اگر پاسخ شما «خیر» است، مایلید برای درخواست این برنامه‌ها کمک دریافت کنید؟

بله  خیر

بیماران دارای پوشش ناکافی: افراد برخوردار از بیمه که هزینه‌های پزشکی آن‌ها بالاست. در صورت برخوردار بودن از پوشش بیمه، لطفاً برآوردی از صورت‌حساب‌های پزشکی که در 12 ماه گذشته پرداخت کرده‌اید، ارائه دهید

\$
----

ممکن است بیمارستان از شما درخواست کند مدارکی به‌عنوان اثبات هزینه‌های پزشکی پرداخت‌شده ارائه دهید.

**بیمار/طرف مسئول:** اگر فرد امضاکننده بیمار نیست، نام شخص امضاکننده فرم و اختیار ایشان برای امضا از جانب بیمار (مثلاً همسر، والد، نماینده قانونی) را ذکر کنید.

بنده درک می‌کنم امکان صحت‌سنجی منابع خارجی از اطلاعاتی که ارائه می‌دهم، وجود دارد. همچنین تأیید می‌کنم اطلاعات بنا بر دانش بنده درست و کامل است.

تاریخ	نام (با حروف مجزای انگلیسی)
	نسبت با بیمار
	امضا