

فرایند درخواست کمک مالی:

1. درخواست پیوست شده را به طور کامل تکمیل کنید

2. درخواست تکمیل شده را ظرف 30 روز به این آدرس برگردانید:

NYU Hospitals Center
Financial Counseling Services
560 First Avenue, SK-109
New York, NY 10016

3. پس از دریافت تمام موارد، درخواست شما بررسی می شود و ظرف 30 روز به صورت کتبی از تصمیم اتخاذ شده مطلع خواهید شد

مهم:

- این درخواست کمک مالی فقط برای هزینه های بیمارستان است و شامل هزینه های پزشک یا سایر هزینه های حرفه ای نمی شود
- برنامه کمک مالی هزینه های اتاق خصوصی و سایر هزینه های شخصی را پوشش نمی دهد
- برنامه کمک مالی هزینه های عمل های زیبایی را پوشش نمی دهد
- خدمات انتخابی تحت پوشش بیمه توسط مرکز بیمارستان های NYU پذیرفته نمی شود و برنامه کمک مالی، آن ها را پوشش نمی دهد

اگر هرگونه سؤالی دارید، لطفاً بدون تعلل با ما به شماره (866) 9847-486 تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مشاوره مالی

تا زمانی که بیمارستان نامه ای حاوی تصمیم مربوط به درخواست به شما ارسال نکرده است،
نیازی به هیچگونه پرداخت به بیمارستان نیست

درخواست کمک مالی
(پیوست الف)

نوع بیمار _____
مقدار W/O دلار _____
روش محاسبه _____

مرکز _____
شماره حساب _____
شماره پرونده پزشکی _____

I. الف. مشخصات بیمار

نام بیمار: (نام خانوادگی) (نام) (نام وسط) (نام و SSN - الزامی نیست) (تاریخ تولد)

نام کفیل: (نام خانوادگی) (نام) (نام وسط) (نام و SSN - الزامی نیست) (تاریخ تولد)

آدرس: (خیابان) (شهر) (ایالت) (کد پستی)

تلفن منزل: _____ تلفن محل کار: _____ تلفن همراه: _____

II. اطلاعات خانوار

وضعیت تاهل بیمار: (دور یک مورد خط بکشید)	متاهل	مجرد	جدا شده	تعداد کل خانوار:
---	-------	------	---------	------------------

نام همسر و افراد تحت تکفل: (یک صفحه جداگانه برای سایر افراد تحت تکفل اضافه کنید)	تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی (ضروری نیست)

III. اطلاعات فعلی استخدام

نام کارمند (بیمار، کفیل، همسر یا فرد تحت تکفل):	نام کارفرما، آدرس و تاریخ‌های استخدام
	تاریخ استخدام:
	تاریخ استخدام:
	تاریخ استخدام:

IV. اطلاعات بیمه (یک صفحه جداگانه برای اطلاعات بیمه بیشتر اضافه کنید)

آیا تحت پوشش بیمه سلامت یا در حال درخواست هر یک از بیمه‌های سلامت هستید (شامل Child Health Plus، Medicaid، Family Health Plus یا Healthy NY)؟	بله	خیر
در صورتی که پاسخ مثبت است، لطفاً توضیح دهید: (نام شرکت بیمه، آدرس، شماره تلفن، شماره بیمه‌نامه گروه و اطلاعات بیمه‌شونده)		

V. سایر اطلاعات

آیا درمان مورد نیاز نتیجه حادثه یا جراحت است؟	بله	خیر
در صورتی که پاسخ مثبت است، تاریخ حادثه:		
شرح مختصر حادثه:		
خیابان، شهر و ایالت محل وقوع حادثه:		
آیا بیمه مسئولیت یا بیمه صاحبان منازل موجود می‌باشد؟		

تا زمانی که بیمارستان نامه‌ای حاوی تصمیم مربوط به درخواست به شما ارسال نکرده است، نیازی به هیچگونه پرداخت به بیمارستان نیست

درخواست کمک مالی
(پیوست ب)

VI. اظهارنامه مالی

مجموع برای بیمار، کفیل، همسر و افراد تحت تکفل را وارد کنید: (در صورت لزوم یک صفحه دیگر اضافه کنید)

مقدار:	درآمد ماهیانه:
\$	دستمزد، حقوق و انعام ناخالص
\$	تأمین اجتماعی
\$	ناتوانی
\$	بیکاری
\$	حق اولاد
\$	نفقه/خرجی
\$	درآمد حاصل از اجاره
\$	درآمد حاصل از املاک
\$	مستمری
\$	سود قابل تقسیم/بهره
	سایر درآمدها (مشخص کنید):
\$	
\$	
\$	

گواهی

من تأیید می‌کنم که اطلاعات بالا تا جایی که اطلاع دارم، درست و صحیح هستند. متوجه هستم که ارائه اطلاعات فریب‌آمیز یا گمراه‌کننده باعث خواهد شد صلاحیت دریافت کمک مالی را از دست بدهم. انتشار اطلاعات مورد نیاز جهت تأیید اطلاعات ارائه‌شده و صدور صورتحساب و وصول مطالبات بر اساس قوانین موجود و قوانین ایالتی را اجازه می‌دهم. علاوه بر این، برای هرگونه کمک (Medicare، Medicaid، بیمه و غیره) که ممکن است جهت پرداخت هزینه‌های بیمارستان در دسترس باشد درخواست خواهم داد و تمام اقدامات لازم جهت کسب اینگونه کمک‌ها را انجام خواهم داد و مبلغ اعلام شده هزینه‌های بیمارستان را تعیین تکلیف یا پرداخت می‌کنم.

متوجه هستم که هدف این درخواست این است که بیمارستان بتواند شایستگی (واجد شرایط بودن) دریافت کمک مالی را بر اساس معیارهای تشریح‌شده در پرونده‌ام در بیمارستان تعیین کند.

از آن گذشته، موافقت خود را با ارائه اطلاعات بیشتری که جهت تعیین شایستگی (واجد شرایط بودن) درخواست می‌شود اعلام می‌نمایم. موافقت می‌کنم که هرگونه تغییر در نیازهایم، شایستگی (واجد شرایط بودن) بیمه، درآمد، املاک، نوع و محل سکونت و آدرس را در اسرع وقت به بیمارستان NYU اطلاع دهم.

امضا متقاضی: _____ تاریخ _____

امضا مصاحبه‌کننده: _____ تاریخ _____

تا زمانی که بیمارستان نامه‌ای حاوی تصمیم مربوط به درخواست به شما ارسال نکرده است، نیازی به هیچگونه پرداخت به بیمارستان نیست