

دستورالعمل‌های درخواست کمک مالی

لطفاً توجه داشته باشید: این فرم یک درخواست برای برنامه Medi-Cal California (California Medi-Cal Program) نیست.

بیمارستان کودکان شهرستان Orange (Children's Hospital of Orange County, CHOC) نیاز به فرم درخواست پیوست‌شده و مدارک پشتیبان ذکرشده در زیر دارد تا بتواند درخواست شما را برای کاهش احتمالی هزینه‌های بیمارستانی/پزشک که در CHOC در Orange، CHOC در بیمارستان Mission، درمانگاه‌های CHOC یا مراکز مراقبت‌های اولیه CHOC متحمل شده‌اید، به‌درستی ارزیابی کند.

لطفاً تمامی بخش‌های فرم درخواست را تکمیل کنید. مدارکی که الزامی بودن آنها ذکر شده است، باید همراه با فرم درخواست شما ارائه شوند. هرگونه درخواستی که اطلاعات آن ناقص باشد یا بدون مدارک الزامی تأییدکننده ارسال شود، به شما بازگردانده خواهد شد.

توجه: ارائه مدارک زیر الزامی است.

این مدارک باید همراه با فرم درخواست کمک مالی شما ارائه شوند.

دو (2) فیش حقوقی اخیر

اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال مربوط به سال گذشته

لطفاً مدارکی ارائه دهید که سایر منابع درآمدی مذکور در زیر را تأیید کنند، از جمله:

درآمد حاصل از کسبوکار (برای مشاغل آزاد) تأمین اجتماعی

درآمد حاصل از اجاره مزایای ایام بیکاری

حمایت از کودکان بیمه غرامت کارکنان

نقشه کمک‌های رفاهی / کمک به خانواده‌های دارای فرزندان تحت تکفل (AFDC)

اگر هیچ‌گونه درآمد یا مدرکی از درآمد خود ندارید، لطفاً نامه‌ای ارائه دهید که در آن توضیح داده‌اید چگونه از خود و خانواده‌تان حمایت مالی می‌کنید.

لطفاً برای دریافت لینک ایمیل امن جهت ارسال فرم درخواست و مدارک تأییدکننده، به نشانی FinancialAssistance@choc.org ایمیل ارسال کنید.

فرم تکمیل‌شده را همچنین می‌توانید به نشانی زیر ارسال کنید:

CHOC

CHOC Family Payment Center

1201 W. La Veta Ave

Orange, California 92868-3874

از دستورالعمل‌های منتشرشده فعلی «فقر فدرال» برای تعیین واجدین شرایط استفاده می‌شود. سیاست کمک مالی بیمارستان Children's CHOC در صورت درخواست در دسترس است. اگر نیاز دارید در مورد درخواست‌تان با بیمارستان تماس بگیرید، لطفاً با مرکز منابع مالی خانواده CHOC از طریق شماره 714-509-8600 تماس بگیرید.

سپاسگزاریم از اینکه CHOC را برای نیازهای مراقبت‌های سلامت خانواده‌تان انتخاب کرده‌اید.

اطلاعات بیمار

نام بیمار:		
جنسیت: مرد ☐ زن ☐	شماره حساب:	
تاریخ تولد بیمار:		
نام ضامن:		
نشانی:		
آیا بیمار بیمه درمانی دارد؟ بله ☐ خیر ☐		
آیا بیمار برای Medi-Cal یا CCS درخواست داده است؟ بله ☐ خیر ☐		
تعداد اعضای خانواده / افراد تحت تکفل طبق اظهارنامه مالیاتی ارائه شده:	سن اعضای خانواده:	(تمامی فرزندان 21 ساله و پایین تر درج شود)

اطلاعات درآمد

اطلاعات والدین / ضامن	اطلاعات کارفرما	درآمد ماهیانه (قبل از کسر مالیات)
نام پدر/مادر شماره 1	نام کارفرما:	
		\$
نام پدر/مادر شماره 2	نام کارفرما:	
		\$
درآمد دیگر:	منبع درآمد:	
		\$
		\$

درآمد محاسبه شده برحسب سال: \$

با امضای این فرم، موافقت می‌کنم که به CHOC اجازه دهم سابقه شغلی و اعتباری من را جهت تعیین واجد شرایط بودن برای تخفیف مالی بررسی کند. من متوجه هستم که باید مدارک مذکور در دستورالعمل‌های درخواست کمک مالی را ارائه دهم. گواهی می‌دهم که موارد فوق صحیح و درست است و تمام درآمد گزارش شده است.

من متوجه هستم که این اطلاعات برای تعیین امکان دریافت کمک مالی برای خدمات ارائه شده در CHOC داده می‌شود، اطلاعات اده دهنده در درخواست منوط به تأیید است و ارائه عمدی اطلاعات نادرست ممکن است منجر به رد درخواست شود.

امضا:	تاریخ:
نام:	شماره تماس:
ایمیل:	