



دستورالعمل‌های درخواست کمک مالی

لطفاً توجه داشته باشید: این فرم یک درخواست برای برنامه 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 از جمله موارد زیر، ارائه دهید که منابع درآمدی دیگر ذکرشده در زیر را تأیید کنند:

درآمد حاصل از کسب‌وکار (برای خویش‌فرمایان) درآمد تأمین اجتماعی

درآمد حاصل از اجاره مزایای ایام بیکاری

حمایت از کودکان بیمه غرامت کارکنان

نفقة 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: (تمامی فرزندان 21 ساله و پایین تر درج شود)	سن اعضای خانواده:	

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: \$

گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده، تا جایی که اطلاع دارم صحیح و دقیق است. من برای هرگونه کمک‌هزینه‌ای (مانند Healthy Families، Medi-Cal، بیمه و غیره) که ممکن است برای پرداخت خدمات پزشکی در دسترس باشد درخواست داده‌ام یا خواهم داد و متعهد می‌شوم هر اقدام منطقی لازم را برای دریافت این کمک‌ها انجام دهم و مبالغی را که بابت این خدمات پزشکی دریافت می‌کنم، به بیمارستان پرداخت یا واگذار کنم.

آگاه هستم که این فرم درخواست، ابزاری برای بیمارستان است تا واجدین شرایط دریافت کمک مالی را ارزیابی کند. همچنین، آگاه هستم که بیمارستان اطلاعات ارائه شده را تأیید خواهد کرد که ممکن است شامل دریافت گزارش اعتباری باشد. اگر اطلاعاتی که ارائه داده‌ام نادرست باشد، یا اگر از فرآیند ارجاع برای California Children's Services، Medicare، Medi-Cal یا سایر برنامه‌های مشخص شده پیروی نکنم، ممکن است از حق بررسی شدن برای برنامه کمک مالی محروم شوم.

امضا:	تاریخ:
نام:	شماره تماس:
ایمیل:	