

هیوستون متدیست مجموعه سیاست ها 49FI

موضوع: کمک مالی	تاریخ اجراء: 1 ژانویه، 2016
مربوط به: بیمارستان هیوستون متدیست (Houston Methodist)	تاریخ اصلاح/ بازبینی: 1 ژانویه، 2020
منطقه آغاز: (Revenue Cycle Council) شورای چرخه درآمد	تاریخ در نظر گرفته شده برای بازبینی: 1 ژانویه، 2023

I. سیاست ها

هیوستون متدیست (HM) متعهد است به افرادی که دارای نیاز به خدمات مراقبتی سلامتی هستند و به علت وضعیت مالی خود قادر به پرداخت هزینه های خدمات پزشکی ضروری شامل مراقبت های اورژانسی مطابق تعریف زیر نیستند، کمک مالی ارائه دهد. HM در کنار اهداف خود برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت، مقرون به صرفه و همچنین حمایت از افراد نیازمند، با تمام قوا تلاش می کند تا اطمینان حاصل کند که افراد نیازمند از دریافت خدمات درمانی ضروری خود باز نمی مانند. HM در شرایط پزشکی اورژانس، بدون اعمال هیچگونه تبعیض و بدون در نظر گرفتن توانایی مالی بیمار، خدمات درمانی ارائه می دهد.

کمک مالی؛ خدمات قابل انتخاب؛ معیارهای کسب صلاحیت؛ روند تایید؛ اساس محاسبه مبالغ تنظیم شده در صورتحساب؛ الزامات اعلان قبلی و ارسال؛ روند وصول مبالغ پرداخت نشده؛ لیستی از ارائه دهندگان خدمات که تحت پوشش این مجموعه سیاست نیستند (ضمیمه C)، و همچنین خلاصه ای از این مجموعه سیاستها به زبان ساده (ضمیمه A).

کمک مالی به هیچ وجه جایگزینی برای مسئولیت فردی محسوب نمی شود. از بیماران انتظار می رود تا بر اساس توانایی پرداخت شان، سهم خود از هزینه خدمات درمانی را تقبل نموده و مطابق با روال های کاری HM عمل کنند تا بتوانند از کمک مالی بهره مند شوند. به افرادی که قابلیت خرید بیمه خدمات درمانی را دارند توصیه می شود که به عنوان راهی برای دسترسی به خدمات درمانی، این کار را انجام دهند. بیمارانی که بعنوان بیماران هیوستون متدیست گلوبال (Houston Methodist Global) واجد شرایط تشخیص داده شوند از این سیاست مستثنی هستند.

هیئت مدیره HM به منظور حفظ نظارت بر هزینه های مالی و برای هر چه بیشتر کردن توانایی خود جهت ارائه خدمات درمانی به تعداد بیشتری از افراد نیازمند، خط مشی های زیر را برای تامین هزینه های بیماران به صورت خیریه در نظر گرفته است.

II. تعاریف

- کمک مالی: خدمات درمانی ارائه شده توسط بیمارستانهای HM به صورت رایگان یا همراه با تخفیف برای بیمارانی که صلاحیت آنها جهت دریافت کمک مالی تایید شده باشد.
- تهی دست مالی: بیماری که درآمد خانوار آن ها کمتر از یا مساوی با 200% خط فقر فدرال (FPL) است.
- تهی دست پزشکی:

○ حد آستانه #1- بیماری که درآمد خانوار او بین 201% و 500% FPL است.

○ حد آستانه#2- بیماری که درآمد خانوار او بیش از 500% FPL است و موجودی حساب او بیش تر از 10% درآمد خانوار است.

• **خبریه احتمالی:** در مواردی که درخواست کمک مالی (FAA) کامل نیست، HM بصورت معمول بیماران فاقد بیمه را با استفاده از منابع ثالث مستقل از نظر احراز شرایط کمک مالی (مثل مدل نمره دهی الکترونیک) بررسی می کند. اطلاعات تهیه شده در این فرایند بررسی شامل درآمد تخمینی و تعداد اعضای خانوار است.

• **سطح فقر فدرال (FPL):** سطح درآمدی که فرد را در سطح آستانه فقر قرار می دهد. این سطح درآمد بر اساس اندازه واحد خانوار فرق می کند. سطح فقر بصورت سالیانه توسط اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به روز شده و در دفتر ثبت فدرال منتشر می شود. سطح فقر مندرج در این اصول راهنماها نشانگر درآمد ناخالص است.

• **موجودی حساب:** مبلغ بدهکار بعد از اعمال کمک مالی ثالث.

• **خانواده:** با تکیه بر تعریف اداره سرشماری، گروهی متشکل از دو نفر یا بیشتر که در کنار هم زندگی می کنند و به واسطه تولد، ازدواج یا پذیرفتن سرپرستی با یکدیگر نسبت دارند. بنا بر قوانین خدمات درآمد داخلی، اگر بیماری در گزارش مالیات بر درآمد، فردی را به عنوان وابسته خود معرفی کند، وی در روند تصمیم گیری برای تعلق گرفتن کمک مالی، یک فرد وابسته محسوب خواهند شد.

• **درآمد خانواده:** درآمد خانواده، این رقم پس از کسر مالیات، با تکیه بر تعریف اداره سرشماری تعیین می شود، و برای محاسبه خط فقر فدرال (FPL)، مجموعه درآمدهای زیر در نظر گرفته می شوند:

○ دستمزدها، غرامت بیکاری، سوشال سکيوریتی، درآمد مکمل تامین اجتماعی، کمک هزینه های دولتی، پرداختی های سربازان کهنه کار، مزایای بازماندگان، مستمری یا حقوق بازنشستگان، سود و سود سهام (به استثنای سود یا زیان سرمایه)، اجاره، حق امتیاز، درآمد از مستغلات، تراستها، کمک هزینه های تحصیلی، نفقه، حمایت از کودک، کمک هزینه خارج از خانواده و سایر منابع متفرقه؛

○ مزایای غیرنقدی (مانند کوپن غذا و سوبسیدهای مسکن) در این محاسبه منظور نمی شوند؛

○ اگر فردی در یک خانواده زندگی کند، درآمدهای کلیه اعضای خانواده مورد محاسبه واقع می شوند. افرادی که نسبت فامیلی ندارند، مانند هم خانه، در این محاسبه منظور نمی شوند.

• **هیوستون متدیست گلوبال (Houston Methodist Global):** نهادی از هیوستون متدیست (Houston Methodist) که به بیماران زیر خدمات می دهد:

○ اتباع کشورهای خارجی؛

○ دارای گذرنامه معتبر؛

○ بازنشستگان آمریکائی که بطور دائم در خارج از کشور سکونت دارند؛ یا

○ اتباع آمریکائی که بیش از شش ماه در سال خارج از کشور کار می کنند.

• **مخارج ناخالص:** مخارج خدمات پیش از درخواست پرداخت، تعدیلهای قراردادی یا تخفیفها.

• **درصد رقم مطالبه شده معمول (AGB):** درصد متوسط پرداختی که یک بیمارستان HM برای خدمات پزشکی ضروری یا خدمات اورژانسی از Medicare و شرکتهای خصوصی بیمه دریافت می کند (به ضمیمه B مراجعه کنید). درصد AGB به صورت سالانه و با نگاهی به 120 روز مانده تا 31 دسامبر و با روش نگاه به گذشته شامل ادعاهای رسیدگی شده برای سال مالی قبلی برای هر بیمارستان HM محاسبه می شود.

• **شرایط پزشکی اورژانس:** تعریف شده مطابق با مفهوم بند 1867 از قانون سوشال سکيوریتی (42 U.S.C. 1395dd).

• **ضرورت پزشکی:** طبق تعریف Medicare (خدمات یا موارد قابل قبول و ضروری برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت).

A. **معیارهای واجد شرایط بودن:** افرادی که بر مبنای درآمد خانوار، درخواست کمک مالی دارند، باید یک درخواست کمک مالی (FAA) پر کنند. احراز شرایط کمک مالی برای بیماران لحاظ خواهد شد که شرایط زیر را دارند:

1. تهی دستی مالی طبق معیار تعریف شده در این سیاست؛
2. تهی دستی پزشکی طبق معیار تعریف شده در این سیاست، یا
3. کسانی که طبق معیار مندرج در این سیاست، شرایط احتمالی دارند.

B. **خدمات واجد شرایط** این خدمات درمانی شرایط لازم برای قرار گرفتن تحت پوشش کمک مالی را دارا هستند:

1. خدمات پزشکی اورژانس که در بخش اورژانس ارائه می شوند؛
2. خدمات برای وضعیتی که در صورت عدم رسیدگی فوری به آن باعث ایجاد تغییرات شدید و مضر در سلامت فرد شود؛
3. خدمات غیر انتخابی ارائه شده به خاطر وجود شرایط تهدید کننده زندگی در بخشی به غیر از بخش اورژانس؛ و
4. خدمات ضروری پزشکی، که به صورت پرونده به پرونده با تشخیص HM ارزیابی می شوند.

C. **روند کسب صلاحیت:** درباره وجود نیاز مالی باید با توجه به روند ارزیابی فردی تصمیم گیری شود که این روند می تواند شامل موارد زیر باشد:

1. صلاحیت احتمالی برای کمک مالی: در بعضی موارد ممکن است بدون FAA اطلاعات کافی برای تعیین تکلیف کمک مالی وجود داشته باشد. کمک مالی با صلاحیت احتمالی برای هر تاریخ خدمات رسانی ارزیابی و/یا ارزیابی مجدد خواهد شد. برخی از نمونه هایی که HM ممکن است صلاحیت احتمالی برای کمک مالی را در نظر بگیرد عبارتند از:

- (a) بی خانمانی یا دریافت خدمات مراقبتی از یک کلینیک مخصوص بی خانمان ها؛
- (b) حضور در برنامه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)؛
- (c) صلاحیت برای دریافت کوپن غذا؛
- (d) ارائه مدرک سکونت در مسکن ارزان قیمت/ با سوبسید با آدرس معتبر؛
- (e) فوت بیمار بدون داشتن هیچگونه مسئول شناخته شده برای رسیدگی به اموال؛
- (f) پذیرش در Community Scholars Program یا سایر برنامه های ثالث مجاز (مثلاً، بیمار به علت ارجاع محلی بر اساس برنامه های کمک مالی موجود واجد شرایط احتمالی تلقی می شود) و بیمار واجد شرایط تخفیف تهی دستی مالی خواهد بود.
- (g) بیمارانی که از دو منبع واجد شرایط پوشش بیمه اولیه از طریق Medicare یا پوشش بیمه ثانویه از طریق Medicaid هستند.
- (h) بیمارانی که واجد شرایط Medicaid هستند و درخواست آن ها به علت مدت بیماری یا خرج کردن مزایا رد شده است، و
- (i) مدل نمره دهی الکترونیک ثالث (مثل Experian).

- مدل نمره دهی الکترونیک (ESM). در مواردی که بیمار FAA را تکمیل نمی کند یا اسناد لازم را برای تعیین شرایط احراز کمک مالی ارایه نمی کند، حساب با استفاده از ESM بررسی می شود و نمره بر اساس درآمد خانوار و تعداد اعضای خانوار تعیین می شود. در مواردی که نمره ESM نشان می دهد که حساب واجد شرایط دریافت کمک مالی است، تخفیف اعمال می شود.

2. روند درخواست که با تکمیل FAA به انتها می رسد (FAA-ضمیمه D).

D. نحوه درخواست برای کمک مالی

1. به منظور درخواست برای کمک مالی، بیمار باید فرم درخواست کمک مالی (FAA) را بطور رایگان به روشهای زیر بدست آورد:

- صحبت با یک مشاور مالی پیش از دریافت خدمات یا در زمان دریافت آن؛
- دالوند کردن فرم از وب سایت HM به آدرس: www.HoustonMethodist.org/Billing
- تماس تلفنی با دفتر مرکزی تجاری HM، از دوشنبه تا جمعه ساعت 7:00 صبح تا 7:00 عصر، شنبه ها از ساعت 8:00 صبح تا 12:00 ظهر. شماره تلفن: 832-667-5900 یا شماره تلفن رایگان: 877-493-3228 یا
- ارسال نامه پستی به آدرس:

هیوستون متدیست

Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
S. Fry Road 701
77450 Katy, TX

2. زمانی که بیمار FAA دریافت کرد، فرم کامل پر می شود، مدارک لازم باید جمع آوری و پیوست شود، همه اسناد باید به روش های زیر ارایه شوند:

- ارسال نامه پستی به آدرس:
- هیوستون متدیست
- Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
S. Fry Road 701
77450 Katy, TX
- مراجعه حضوری و/یا تحویل به یکی از اعضای گروه دسترسی بیمار؛ یا
 - فکس به 832-667-5995.

3. روش مورد ترجیح (اما نه الزامی) این است که درخواست برای کمک مالی و تصمیم گیری درباره نیاز مالی، پیش از ارائه خدمات پزشکی ضروری غیر اورژانس صورت بگیرد. با وجود این، تصمیم گیری ممکن است در هر زمانی صورت بگیرد. اگر از آخرین ارزیابی مالی بیش از یک سال گذشته باشد، یا در صورتی که اطلاعات

اضافی درباره صلاحیت بیمار برای دریافت کمک مالی بدست آید، نیاز به کمک مالی برای هر یک از سرویس های زیر به روز می شود.

4. HM به شان و مقام انسانی احترام می گذارد در روند درخواست و تایید بر این امر نظارت خواهد شد. به سرعت به درخواستها برای کمک مالی رسیدگی می شود و HM طی 30 روز از دریافت FAA، نتیجه به صورت کتبی به بیمار یا متقاضی اطلاع داده خواهد شد. کمک مالی بسته به فرم تکمیل شده FAA و سایر ملاحظات این سیاست (قسمت زیر را ببینید) تایید را رد خواهد شد. در موارد بررسی احتمالی، هیچ اعلامیه کتبی در رابطه با تایید یا رد به بیمار داده نمی شود.

a. رد درخواست: تجدیدنظر با ارایه اطلاعات اضافی یا شفاف سازی برای هر یک از علل رد درخواست مندرج در نامه انجام می شود. درخواست تجدیدنظر بصورت تلفنی، نمابر یا پست پذیرفته می شود.

E. مبلغ صورتحسابی: بعد از تایید درمان و احراز شرایط طبق این سیاست، موجودی باقیمانده حساب به شرح زیر برای بیمار صورتحساب می شود.

1. افراد تهی دست مالی، تخفیفی معادل 100% هزینه های ناخالص دریافت می کنند، برای بیمار صورتحساب صادر نمی شود و تخفیف در قالب کمک مالی در نظر گرفته می شود.

2. تهی دست پزشکی سطح آستانه #1، صورتحسابی بابت 5% درآمد ناخالص خانوار یا درصد AGB دریافت خواهد کرد.

3. تهی دست پزشکی سطح آستانه #2، صورتحسابی بابت 10% درآمد ناخالص خانوار یا درصد موجودی حساب دریافت خواهد کرد.

F. مراحل وصول در صورت عدم پرداخت: در مواردی که بیمار صورتحساب (بخش بالا) را پرداخت نکند (بخش E III فوق)، مدیریت HM بر اساس سیاستهای وصول وجوه خود عمل می کند، که گزینه های زیادی برای پرداخت را در بر می گیرد. HM در زمان بسیار کوتاهی اقدامات فوق العاده وصول وجوه را اجرا خواهد کرد، مانند حکم توقیف دستمزد، حق رهن ملک شخصی بدهکار، خطاریه اداره اعتبارات یا سایر اقدامات حقوقی. یک نسخه از ساینست های وصول HM را می توانید رایگان از طریق مراحل مندرج در بخش 1.III.D دریافت کنید.

G. اعلامیه کمک مالی و الزامات اعلان قبلی: اعلامیه هایی درباره کمک مالی به روشهای مختلف منتشر می شوند، که این روشها می توانند عبارت باشند از (اما نه محدود به): انتشار اعلامیه ها در صورتحساب بیمار؛ در بخشهای اورژانس و مراکز مراقبتهای فوری؛ فرم شرایط پذیرش؛ بخشهای پذیرش و ثبت نام، و در سایر مکانهای عمومی در HM، ممکن است از این موارد باشند. HM همچنین خلاصه ای از این سیاست های کمک مالی را در وب سایت بیمارستانهای خود، در بروشورهای موجود در وب سایت های قابل دسترسی برای بیماران و در سایر محلهای اجتماعی که HM در آنها خدمات رسانی می کند، منتشر نموده و به صورت گسترده آن را تبلیغ خواهد کرد. این اعلامیه ها و خلاصه اطلاعات به چندین زبان اصلی از زبان افرادی که HM به آنها خدمات رسانی می کند تهیه خواهند شد. ارجاع بیماران برای دریافت کمک مالی می تواند از سوی هر یک پرسنل HM یا پرسنل کادر پزشکی صورت گیرد. درخواست برای کمک مالی می تواند از سوی بیمار یا یکی از اعضای خانواده، دوست نزدیک یا نماینده بیمار صورت بگیرد، که در این شرایط قوانین حفظ حریم خصوصی برای این روند صادق خواهد بود.

H. الزامات مدیریتی: برای اجرای این مجموعه سیاست ها، HM مطابق با قوانین، مقررات و آیین نامه های فدرال، ایالتی و محلی مرتبط با فعالیتهای انجام شده ناشی از این مجموعه سیاست ها عمل خواهد کرد.

I. منابع قانونی:

1. قانون حمایت از بیمار و خدمات درمانی با قیمت مناسب مصوب سال 2010؛

2. قوانین خدمات درآمد داخلی بند 501(r)(4)-(r)(6)؛

3. سیاست روش های پرداخت قسطی (86FI)؛ و

4. سیاست وصول وجوه – (85FI).

IV. شوراها یا کمیته های بازبینی یا تایید کننده رویه و بازبینی تاریخ های مناسب

توصیه شده از سوی شورای چرخه درآمد
تایید شده از سوی هیئت مدیره هیوستون متدیست (Houston Methodist)

V. نام مدیر تایید کننده: Marc L. Boom, M.D.

عنوان: رئیس و مدیر عامل

تصویب شده توسط مسئول ارشد اجرایی:

(امضای اصلی در پرونده)

تاریخ

M. Boom

مدیر

مدیر عامل

هیوستون متدیست

ضمیمه A

خلاصه به زبان ساده

مجموعه سیاست های کمک مالی هیوستون متدیست (Houston Methodist)

هیوستون متدیست (Houston Methodist) متعهد است به افرادی که دارای نیاز به خدمات مراقبتی سلامتی هستند و تحت پوشش بیمه نبوده یا پوشش بیمه کافی ندارند و واجد شرایط حضور در برنامه های حمایتی دولتی نیستند یا به هر طریق دیگر به علت وضعیت مالی خود قادر به پرداخت هزینه های خدمات پزشکی ضروری نیستند، خدمات مراقبتی خیریه ارائه دهد.

بیمارانی که درآمد خانوار آنها برابر یا کمتر از 200% خط فقر (FPL) باشد واجد شرایط دریافت خدمات رایگان خواهند بود؛ و بیمارانی که درآمد خانوار آنها بیش از 200% اما نه بیشتر از 500% FPL باشد، واجد شرایط دریافت خدمات با تخفیف هستند. این نرخ تخفیف بیشتر از مبلغ میانگینی که هیوستون متدیست (Houston Methodist) از سوی شرکتهای بیمه خصوصی و Medicare دریافت می کند، شامل هر پرداخت بیمار به شکل کسورات، پرداخت مشترک، بیمه مشترک نخواهد بود. بیمارانی که درآمد خانوار آنها بالای 500% FPL است، ممکن است واجد شرایط خدمات تخفیفی باشند.

برای خدمات اورژانس یا خدمات ضروری پزشکی نیازی ندارید پیش از دریافت خدمات، پول پرداخت کنید یا برنامه پرداخت را ارائه دهید. با وجود این، اگر ملزم به پرداخت هزینه مشمول تخفیف باشید، و نمی توانید بعد از ارائه خدمات این مبلغ را به صورت یک جا پرداخت کنید، هیوستون متدیست (Houston Methodist) برای وصول این مبلغ اقدام خواهد کرد. هیوستون متدیست (Houston Methodist) اظهارنامه صورتحسابهای ماهانه صادر می کند و از شما می خواهد آن را پرداخت نمایید. اگر قادر به پرداخت مبلغ تخفیفی به صورت یک جا نباشید، هیوستون متدیست (Houston Methodist) برنامه پرداخت قسطی بدون بهره را به شما پیشنهاد خواهد داد. هرگونه مبلغ تخفیفی پرداخت نشده به نهاد ثالث وصول و جوه سپرده خواهد شد تا اقدام به وصول آن نماید. اقدام این نهاد ثالث حق رهن ملک شخصی، اقدامات حقوقی یا اختاریه اداره اعتبارات را شامل نمی شود.

یک نسخه رایگان از مجموعه سیاستهای کمک مالی هیوستون متدیست (Houston Methodist)، فرم درخواست کمک مالی و سیاست های وصول وجوه در وب سایت هیوستون متدیست (Houston Methodist) موجود است www.houstonmethodist.org/billing. این مطالب همچنین در بخش پذیرش و ثبت نام بیمارستان نیز موجود است، و می توانید از طریق تماس تلفنی با دفتر مرکزی تجاری به شماره 832-667-5900 (محلی) و 877-493-3228 (شماره رایگان) نیز آن را دریافت نمایید و از طریق پست نیز قابل درخواست است:

هیوستون متدیست

Centralized Business Office
Attn: Financial Assistance Unit
S. Fry Road 701
77450 Katy, TX

این خلاصه به زبان ساده، مجموعه سیاستهای کمک مالی، فرم درخواست کمک مالی و سیاستهای وصول وجوه به زبانهای متعدد موجود هستند و می توانید از طریق روشهای فوق به آنها دسترسی داشته باشید.

واحد کمک مالی هیوستون متدیست (Houston Methodist) آماده پاسخگویی به سوالات و ارائه اطلاعات درباره سیاست کمک مالی و نیز کمک به شما در روند درخواست است. شما می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 7:00 صبح تا 7:00 شب و روزهای شنبه بین ساعات 8:00 صبح تا 12:00 ظهر از طریق شماره 877-493-3228 با یکی از پرسنل واحد کمک مالی تماس بگیرید.

بعد از اینکه فرم درخواست کمک مالی را پر کردید، تمام مدارک لازم را ضمیمه کرده و به واحد کمک مالی که آدرس آن در بالا ذکر شده است بفرستید، یا برای واحد کمک مالی به شماره 832-667-5995 فکس نمایید.

ضمیمه B

نمونه

برگه محاسبه رقم مطالبه شده معمول (AGB)

محاسبه سالانه رقم مطالبه شده معمول
بیمارستان هیوستون متدیست (Houston Methodist)

دوره محاسبه مربوطه: 1 ژانویه 2019 – 31 دسامبر 2019

A	مقادیر مجاز هزینه خدمات Medicare برای ادعاهای پرداخت شده طی دوره مربوطه	\$
B	مقادیر مجاز بیمه خصوصی برای ادعاهای پرداخت شده طی دوره مربوطه	\$
C	پرداختهای مشترک، بیمه مشترک و کسورات پرداختی توسط بیماران برای ادعاهای لیست شده در بخش A و B در دوره مربوطه	\$
D	مجموع مقادیر مجاز بیمه و پرداخت های بیمار (A+B+C) بالا	\$
E	مخارج ناخالص بیمارستان برای خدمات ارائه شده در بخش D بالا	\$
F	درصد رقم مطالبه شده معمول (AGB) خاص بیمارستان (D/E)	%

لطفاً برای دریافت فهرست درصدهای فعلی AGB در هر بیمارستان HM، با یکی از افراد مندرج در بخش D, III.1 تماس بگیرید. این اطلاعات رایگان در اختیار شما قرار می گیرد.

اگرچه لازم است AGB برای هر نهاد محاسبه شود، HM بصورت یکسان، پایین ترین AGB محاسبه شده را اعمال کرده و آن را روند می کند.

ضمیمه C
فهرست تامین کنندگانی که تحت پوشش این سیاست هستند/نیستند

پوشش	سازمان/گروه/درمان‌گر
بله	بیمارستان هیوستون متدیست (Houston Methodist)
بله	Houston Methodist Sugar Land بیمارستان
بله	Houston Methodist Willowbrook بیمارستان
بله	Houston Methodist West بیمارستان
بله	Houston Methodist Baytown بیمارستان
بله	Houston Methodist Clear Lake بیمارستان
بله	Houston Methodist Continuing Care بیمارستان
بله	Houston Methodist The Woodlands بیمارستان/تخصص
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Cinco Randi
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Cypress
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Kirby
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Pearland
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Sienna Plantation
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Spring
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Spring Brandi
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): The Woodlands
بله	مرکز تصویر برداری هیوستون متدیست (Houston Methodist): Voss
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Cinco Randi
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Cypress
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Kirby
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Pearland
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Sienna Plantation
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Spring
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): The Woodlands
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست (Houston Methodist): Voss
خیر	گروه مراقبت های اولیه هیوستون متدیست (Houston Methodist)
خیر	گروه پزشکان متخصص هیوستون متدیست (Houston Methodist)
خیر	گروه پزشکان غیر هیوستون متدیست (Non-Houston Methodist) (پزشکان خصوصی)
خیر	بیپوشی: US Anesthesia Partners
خیر	بیپوشی: Space City Anesthesia
خیر	پزشکان اورژانس: EmergiGroup Physician Associates
خیر	پزشکان اورژانس: Kirby Emergency Physicians
خیر	پزشکان اورژانس: San Jacinto Emergency Physicians
خیر	پزشکان اورژانس: West Houston Emergency Physicians
خیر	پزشکان اورژانس: Woodlands Emergency Physicians
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Medical Clinic of Houston, LLP
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Houston Hospitalist Joint Venture
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Houston InPatient Physician Associates
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Medical Center of Houston Physician Consultants, PLLC
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Medical Center Hospitalist Associates, PLLC
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Houston Methodist Academic Hospitalist Group
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: UTS
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: XpertMD
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: TeamHealth
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: OB Hospitalist Group
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Questcare Obstetrics, PLLC
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Envision OB/Gyn Hospitalist
خیر	پزشک مقیم بیمارستان: Vanguard
خیر	تصویربرداری: MASTOS Imaging Associates
خیر	نوزادان: Texas Children's Physician Services
خیر	پاتولوژی: Methodist Pathology Associates, PLLC
خیر	رادیولوژی: Houston Radiology Associated

فرم درخواست کمک مالی

دستورالعمل: لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید. اگر موردی مرتبط نیست، لطفاً بنویسید غیر مرتبط. یک نسخه فتوکپی از مواردی که به وضعیت کنونی شما مربوط است را ضمیمه کنید: 1. جدیدترین فیش(های) حقوقی که نشان دهنده اطلاعات از ابتدای سال تاکنون باشد؛ 2. جدیدترین فرم اظهارنامه مالیاتی، شامل کلیه ضمایم؛ 3. چک سوشال سکيوریتی یا نامه استحقاق یا اظهارنامه بانکی، در صورت برداشت مستقیم؛ 4. نامه مزایای بیکاری؛ 5. کارت طلایی سیستم Harris Health. اگر شغلی ندارید و برای درآمد و/یا هزینه های زندگی به دیگران وابسته هستید، لطفاً یک نامه پشتیبانی و یک نسخه از فرم اظهارنامه مالیاتی (در صورتی که به عنوان وابسته در اظهارنامه مالیاتی قید شده اید) را ضمیمه کنید. اگر سوالی دارید یا برای تکمیل این فرم به کمک احتیاج داشتید، لطفاً روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 7 صبح الی 7 عصر و روزهای شنبه از ساعت 8 صبح الی 12 ظهر با دفتر مرکزی در شماره 877-493-3228 تماس بگیرید.

لطفاً فرم پر شده و مدارک لازم را به هریک از اعضای گروه دسترسی بیماران بدهید، یا به شماره 667-5995 (832) فکس کرده یا به آدرس Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 پست نمایید.

نام بیمار (با حروف واضح و بزرگ)		چهار رقم آخر شماره سوشال سکيوریتی	
نام همسر/ولی/سرپرست (با حروف واضح و بزرگ)		شماره سوشال سکيوریتی	
آدرس منزل			
شماره تلفن	تاریخ تولد	وضعیت تاهل	
خدمت(خدمات) درخواستی:			
شماره حساب:			
تاریخ خدمات:			
تعداد فرزندان زیر 18 سال که در خانه زندگی می کنند:			
نام وابستگان			
دارای نمیت مستقیم			
فرزندخوانده			
بدون نسبت			
سرپرست			

بیمار	همسر/سایر
کارفرما	کارفرما
☐ استخدام تمام وقت	☐ استخدام تمام وقت
☐ استخدام پاره وقت	☐ استخدام پاره وقت
☐ بیکار/بازنشسته/معلول	☐ بیکار/بازنشسته/معلول
☐ عدم توانایی برای بازگشت به کار	☐ عدم توانایی برای بازگشت به کار
☐ خانه دار	☐ خانه دار

\$* در ماه (مدرک(های) نشان دهنده درآمد را به همراه فرم درخواست ارسال کنید)

مجموع درآمد خانواده/

* شامل کلیه دستمزدها، اجاره، کمک های دولتی، سوشال سکيوریتی، غرامت بیکاری/کارگران، بازنشستگی، مزایای اعتصاب، نفقه، حمایت از کودک، مستمری ها، درآمد حاصل از سود سهام، سود، ملک استیجاری و سایر منابع متفرقه درآمد.

گواهی می دهیم که اطلاعات فوق تا جایی که می دانم صحیح و دقیق هستند. من متوجه شدم که عدم ارائه اطلاعات درخواست شده در قسمت های فوق می تواند باعث سلب صلاحیت دریافت کمک مالی تحت پوشش این برنامه شود. به علاوه، در صورت مرتبط بودن، من برای دریافت کمک هزینه های دولتی اقدام خواهم کرد و اقدامات لازم و مناسب برای کسب چنین کمکی را انجام داده و نتیجه را به HIM اطلاع خواهم داد. من (ما) رضایت می دهیم/می دهیم که HIM می تواند برای تایید صحت اظهار(اظهارات) من(ما)، از هر منبعی اطلاعات کسب کند.

(امضای بیمار / متقاضی) (تاریخ)