

هیوستون متدیست (Houston Methodist)
مجموعه سیاست ها FI49

موضوع: کمک مالی	تاریخ اجراء: 1 ژانویه 2016
مربوط به: بیمارستان هیوستون متدیست (Houston Methodist)	تاریخ اصلاح/ بازبینی: 1 ژانویه 2016
منطقه آغاز: شورای چرخه درآمد (Revenue Cycle Council)	تاریخ در نظر گرفته شده برای بازبینی: 1 ژانویه 2019

I. سیاست ها

هیوستون متدیست (Houston Methodist) (HM) 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 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.

موضوعاتی که در این مجموعه سیاست ذکر شده اند عبارتند از: کمک مالی؛ خدمات قابل انتخاب؛ معیارهای کسب صلاحیت؛ روند تأیید؛ اساس محاسبه مبالغ تنظیم شده در صورت حساب؛ 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 تأمین 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 تأیید شده باشد.

- 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 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 غیر نقدی (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.
- فاقد بیمه: بیماری که تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نیست و کمکی از منبع ثالثی دریافت نمی کند.
- فاقد بیمه کافی: بیماری که تحت پوشش نوعی بیمه قرار دارد یا نوعی کمک از منبع ثالث دریافت می کند اما بعضی از خدمات مورد نیاز او تحت پوشش قرار نمی گیرند و/یا هزینه های جاری دارد که فراتر از توان مالی اوست.
- 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 بیمار پیش از درخواست 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 جراحی).

A. 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:

a. صحبت با یک مشاور مالی پیش از دریافت خدمات یا در زمان دریافت آن؛

b. دانلود کردن فرم از وب سایت HM به آدرس:
www.HoustonMethodist.org/Billing

c. 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

d. ارسال نامه پستی به آدرس:

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

2. بعد از اینکه FAA را دریافت کردید، فرم را بطور کامل پر کنید، مدارک لازم را تهیه و ضمیمه کرده و تمام اسناد و مدارک را به روش های زیر ارسال کنید:

a. ارسال نامه پستی به آدرس:

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

b. مراجعه حضوری و/یا تحویل به یکی از اعضای گروه دسترسی بیماران؛ یا
c. 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 از روند وصول وجوه 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، اصل نیاز به کمک مالی در هر زمانی از مدت ارائه خدمات مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

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 15 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.

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. روند درخواست که با تکمیل FAA به انتها می رسد (FAA- ضمیمه D)
2. استفاده از منابع اطلاعاتی در دسترس عموم که اطلاعاتی درباره توانایی مالی بیمار یا ضامن بیمار ارائه می دهند (مانند امتیاز اعتبار)؛
3. تلاشهای قابل قبول از سوی HM به منظور یافتن منابع جایگزین پرداخت و پوشش هزینه ها از طریق برنامه های دولتی و خصوصی پرداخت، شامل کمک به بیماران برای درخواست حضور در چنین برنامه هایی؛ و
4. ارزیابی سرمایه ها سایر منابع مالی موجود بیمار.

D. 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:

1. بی خانمانی یا دریافت خدمات مراقبتی از یک کلینیک مخصوص بی خانمان ها؛
2. حضور در برنامه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)؛
3. صلاحیت برای دریافت کوپن غذا؛
4. صلاحیت برای استفاده از سایر برنامه های کمکی ایالتی یا محلی بدون بودجه (مانند برنامه

Spend-down از Medicaid)؛

5. ارائه مدرک سکونت در مسکن ارزان قیمت/ با سوبسید با آدرس معتبر؛
6. فوت بیمار بدون داشتن هیچگونه مسئول شناخته شده برای رسیدگی به اموال؛ و
7. امتیاز پرداخت شده مشاور خیریه اشتراک-محور

E. مبلغ صورت‌حسابی بعد از اینکه مراقبت برای تعیین صلاحیت تحت این سیاست تایید شد، صورت‌حساب بیمار محدود به مبلغی خواهد شد که از AGB بیشتر نیست. مبلغ صورت‌حساب بر اساس درصد قابل اعمال AGB است که به ناخالص هزینه‌ها اعمال شده و به درآمد خانواده بیمار بعنوان یک فاکتور خط فقر فدرال (FPL) به شرح زیر بستگی دارد.

1. درآمد خانواده بیمار به اندازه 200% یا کمتر از 100% خط فقر - AGB %0؛
2. درآمد خانواده بیمار بیش از 200%، اما نه بیشتر از 300% - AGB %50؛ و
3. درآمد خانواده بیمار بیش از 300%، اما نه بیشتر از 400% - AGB %100.

F. مراحل وصول در صورت عدم پرداخت در مواردی که بیمار صورت‌حساب (بخش III، E. بالا) را پرداخت نکند (بخش E III فوق)، سیستم HM بر اساس سیاست‌های وصول وجوه خود عمل می‌کند، که گزینه‌های زیادی برای پرداخت را در بر می‌گیرد. HM در زمان بسیار کوتاهی اقدامات فوق العاده وصول وجوه را اجرا خواهد کرد، مانند حکم توقیف دستمزد، حق رهن ملک شخصی بدهکار، اخطار به اداره اعتبارات یا سایر اقدامات حقوقی. یک نسخه از سیاست‌های وصول وجوه HM را می‌توانید به روش‌های ذکر شده در بخش 1. A-d، III A.، به صورت رایگان دریافت کنید.

G. اعلامیه کمک مالی و الزامات اعلان قبلی اعلامیه‌هایی درباره کمک مالی به روش‌های مختلف منتشر می‌شوند، که این روش‌ها می‌توانند عبارت باشند از (اما نه محدود به): انتشار اعلامیه‌ها 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 خلاصه‌ای از این سیاست‌های کمک مالی را در وب سایت بیمارستان‌های خود، در بروشورهای موجود در وب سایت‌های قابل دسترسی برای بیماران و در سایر محلهای اجتماعی که HM در آنها خدمات رسانی می‌کند، منتشر نموده و به صورت گسترده آن را تبلیغ خواهد کرد. این اعلامیه‌ها و خلاصه اطلاعات به چندین زبان اصلی از زبان افرادی که HM به آنها خدمات رسانی می‌کند تهیه خواهند شد. ارجاع بیماران برای دریافت کمک مالی می‌تواند از سوی هر یک پرسنل HM یا پرسنل کادر پزشکی صورت گیرد. درخواست برای کمک مالی می‌تواند 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 سیاست‌ها، HM مطابق با قوانین، مقررات و آیین نامه‌های فدرال، ایالتی و محلی مرتبط با فعالیتهای انجام شده ناشی از این مجموعه سیاست‌ها 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 (r)(6)-(4)(r)501؛
3. سیاست روش‌های پرداخت قسطی (FI86)؛ و
4. سیاست وصول وجوه - (FI85).

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

تصویب شده توسط مسئول ارشد اجرایی:

(امضای اصلی در پرونده)

تاریخ

M. Boom

مدیر

مدیر عامل

هیوستون متدیست (Houston Methodist)

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 با 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 400% 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.

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 نماید. 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 وجوه سپرده خواهد شد تا اقدام به وصول آن نماید. اقدام این نهاد ثالث حق رهن ملک شخصی، اقدامات حقوقی یا اخطاریه 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 (عوارض رایگان) نیز آن را دریافت نمایید. روش دیگر برای دریافت این موارد ارسال نامه به آدرس زیر است:

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

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 832-667-5900 یا 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 جدول محاسبه
رقم مطالبه شده معمول (AGB)

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

دوره محاسبه مربوطه: 1 ژانویه 2015 – 31 دسامبر 2015

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)	%

برای مشاهده لیستی از درصدهای کنونی AGB برای هر بیمارستان هیوستون متدیست (Houston Methodist)، لطفاً یکی از مراحل ذکر شده در بخش III، A، a – d را دنبال کنید. این اطلاعات بطور رایگان به شما ارائه می گردد.

ضمیمه C

ارائه دهندگان خدمات که تحت پوشش این مجموعه سیاست نیستند/ هستند

تحت پوشش	
بله/خیر	سازمان/ گروه/ مطب
بله	بیمارستان هیوستون متدیست (Houston Methodist)
بله	بیمارستان هیوستون متدیست Sugar Land (Houston Methodist)
بله	بیمارستان هیوستون متدیست Willowbrook (Houston Methodist)
بله	بیمارستان هیوستون متدیست West (Houston Methodist)
بله	بیمارستان هیوستون متدیست San Jacinto (Houston Methodist)
بله	بیمارستان هیوستون متدیست St. John (Houston Methodist)
بله	بیمارستان هیوستون متدیست St. Catherine (Houston Methodist)
بله	مرکز تصویربرداری هیوستون متدیست Katy Freeway : (Houston Methodist)
بله	مرکز تصویربرداری هیوستون متدیست Kirby : (Houston Methodist)
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست Cinco Ranch : (Houston Methodist)
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست Cypress : (Houston Methodist)
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست Kirby : (Houston Methodist)
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست Pearland : (Houston Methodist)
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست Sienna Plantation : (Houston Methodist)
بله	مرکز اورژانس هیوستون متدیست Voss : (Houston Methodist)
خیر	گروه مراقبت های اصلی هیوستون متدیست (Houston Methodist)
خیر	گروه پزشکان متخصص هیوستون متدیست (Houston Methodist)
خیر	گروه های پزشکان خارج از هیوستون متدیست (Houston Methodist) (پزشکان خصوصی)
خیر	بییهوشی: US Anesthesia Partners
خیر	بییهوشی: Baylor
خیر	بییهوشی: Space City Anesthesia
خیر	پزشکان اورژانس: انجمن پزشکان EmergiGroup
خیر	پزشکان اورژانس: خدمات اورژانس Neptune
خیر	پزشکان اورژانس: گروه Schumacher
خیر	پزشکان اورژانس: پزشکان اورژانس Kirby
خیر	خدمات بیمارستانی: IPC شرکت PA Hospitalist
خیر	خدمات بیمارستانی: خدمات بیمارستانی Neptune، dba: خدمات بیمارستانی Triton
خیر	خدمات بیمارستانی: گروه خدمات بیمارستانی OB
خیر	خدمات بیمارستانی: گروه خدمات بیمارستانی Sound تگزاس
خیر	تصویربرداری: انجمن تصویربرداری MASTOS
خیر	نوزادان: خدمات پزشکان اطفال تگزاس
خیر	پاتولوژی: پاتولوژی Coastal
خیر	انجمن پاتولوژی Methodist، گروه تخصصی با مسئولیت محدود
خیر	رادیولوژی: رادیولوژی Baytown
خیر	رادیولوژی: انجمن رادیولوژی هیوستون

ضمیمه D



فرم درخواست کمک مالی

دستورالعمل: لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید. اگر موردی مرتبط نیست، لطفاً بنویسید. غیر مرتبط یک نسخه قوی‌تری از مواردی که به وضعیت کنونی شما مربوط است را ضمیمه کنید: 1. جدیدترین فیس(های) حقوقی که نشان دهنده اطلاعات از ابتدای سال تاکنون باشد. 2. جدیدترین فرم اظهارنامه مالیاتی، شامل کلیه ضمیمه، 3. چک موهل سکوریتی یا نامه امنتی یا اظهارنامه بانکی، در صورت برداشت مستقیم، 4. نامه مزایای بیمه‌گری، 5. کارت طلایی سیستم Harris Health. اگر شغلی دارید 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 اند) را ضمیمه کنید. اگر سوازی دارید یا برای تکمیل این فرم به کمک احتیاج دارید، 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 هر یک از اعضای گروه دسترسی بهمان بدهید، یا به شماره 667-5995 (632) فکس کرده یا به آدرس Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 بپست نمایید.

نام بیمار (با حروف واضح و بزرگ) _____
 چهار رقم آخر شماره سوشال سکوریتی _____
 نام همسر/ ولی/ سرپرست (با حروف واضح و بزرگ) _____
 شماره سوشال سکوریتی _____
 آدرس منزل _____
 شماره تلفن _____ تاریخ تولد _____ وضعیت تاهل _____

خدمات(خدمات) درخواستی: _____

شماره حساب: _____ تاریخ خدمات: _____

تعداد فرزندان زیر 18 سال که در خانه زندگی می کنند: _____ نام و آدرس: _____

دارای نسبت مستقیم _____

فرزندخوانده _____

بدون نسبت _____

سرپرست _____

مستحق: _____

مستحق: _____

خدمات شهری: _____

خرید: _____

مجموع درآمد خانواده/ \$ در ماه (مدرسه‌های) نشان دهنده درآمد را به همراه فرم درخواست ارسال کنید) _____

شامل کلیه دستمزدها، اجاره کمک های دولتی، سوشال سکوریتی، عرواح بیمه‌گری/کارگران، بازنگشتگی، مزایای انحصار، تقاض، حمایت از کونک، مستمری ها، درآمد حاصل از سود سهام، سود، ملک استیجاری و سایر منابع متفرقه درآمد.

حساب های بانکی/ سایر دارایی ها	بله	خیر	موجودی
حساب جاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
حساب پس انداز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
سهام/ اوراق قرضه و غیره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
املاک دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شرح _____

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 HM اطلاع خواهم داد. من (ما) رضایت می دهم/ می دهیم که HM می تواند برای تأیید صحت اظهار(اظهارات) من(ما)، از هر منبعی اطلاعات کسب کند.

(امضای بیمار/ مقاضی) _____ (تاریخ) _____