



درخواست کمک مالی

دستورالعمل ها

برای دریافت راهنمایی رایگان برای تکمیل این برنامه، لطفاً از طریق تلفن به شماره **1-866-967-4677 (8) (711) TTY:** صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه) با خدمات مالی بیمار از طریق تلفن تماس بگیرید. یا شخصاً در S. 770 Bascom Avenue, San José, CA 95128 (از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر) مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های کمک مالی، لطفاً به صورت آنلاین در scvh.org/bill-help از ما دیدن کنید.

لطفاً کل این درخواست را پر کنید و به خدمات مالی بیمار برگردانید:

• با فکس به شماره 1-408-494-7848

• از طریق پست یا شخصاً در S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 770

• با ایمیل به آدرس HHSVCApp@hhs.sccgov.org

توجه: اگر تصمیم به ارسال ایمیل به ما دارید، توصیه می‌کنیم برای محافظت از حریم خصوصی و امنیت اسناد شخصی خود، پیام خود را رمزگذاری کنید.

همچنین باید حداقل یکی از هر یک از مدارک زیر را برای پشتیبانی از درخواست خود ارائه دهید:

1. مدرک هویت (به عنوان مثال: گواهینامه رانندگی، گذرنامه، شناسه دولتی، کارت شناسایی محل کار یا تحصیل، یا گواهی تولد به اضافه سالن بدنسازی یا شناسه دیگر).
2. اثبات درآمد (به عنوان مثال: فیش حقوقی اخیر، اظهارنامه مالیات بر درآمد، نامه جایزه تامین اجتماعی، نامه های جایزه برای سایر مزایا، اظهارنامه مزایای نظامی، و/یا رسید درآمد اجاره، در صورت لزوم). و
3. اثبات محل اقامت (به عنوان مثال: قرارداد اجاره/اجاره/رهن، قبض آب و برق، ثبت وسیله نقلیه، یا اعلام بی خانمانی).

واجد شرایط بودن برای برخی از برنامه های پوشش مراقبت های بهداشتی ممکن است به اسناد اضافی نیاز داشته باشد. در صورت نیاز به مدارک بیشتر، به شما آموزش داده می شود که کدام مدارک را ارائه دهید.

ساکنان شهرستانی که فقط به دنبال واجد شرایط بودن برای تخفیف جزئی تحت برنامه دسترسی به مراقبت های بهداشتی (HAP) (CSCHS) هستند (یعنی بیمارانی که خودپرداخت می کنند یا هزینه های پزشکی بالایی دارند با درآمد بالای 400 درصد اما کمتر از 650 درصد سطح فقر فدرال) فقط باید برگه های حقوقی اخیر یا اظهارنامه مالیات بر درآمد را به عنوان اثبات درآمد ارائه دهید.

برای به دست آوردن این برنامه کاربردی و اطلاعات مربوط به آن به زبانی دیگر یا در یک قالب جایگزین قابل دسترس - از جمله، اما نه محدود به، قالب های چاپی بزرگ، بریل، صوتی و الکترونیکی که در دسترس هستند و ممکن است توسط یک صفحه خوان با ترتیب خواندن منطقی خوانده شوند. —لطفاً با خدمات مالی بیمار با شماره 1-866-967-4677 (711) TTY: تماس بگیرید.



اطلاعات پیشینه

نام قانونی (آخر، اول، وسط):	
جنسیت:	زبان مورد نظر:
آدرس پست الکترونیک:	<input type="checkbox"/> برای موافقت با دریافت به‌روزرسانی‌های مربوط به این برنامه از طریق ایمیل امن، اینجا را بررسی کنید
شماره تلفن:	آدرس پستی (شامل شهر، ایالت، کد پستی):
() -	
شهروند آمریکای؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	ساکن شهرستان سانتا کلارا؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سرباز کهنه کار آمریکای؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اقامت دائم قانونی / دارنده گرین کارت / سند مجوز استخدام؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام دوشیزه مادر:	اگر بله، برای چه مدت؟ _____ سال _____ ماه
وضعیت کاری متقاضی: <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خوداشتغال <input type="checkbox"/> N/A	
جدیدترین نام و شماره تلفن محل کار: _____ / () - تاریخ آخرین استخدام/خوداشتغالی: ____/____/____ تا ____/____/____	
وضعیت کاری همسر/شریک خانگی: <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خوداشتغال <input type="checkbox"/> N/A	
جدیدترین نام و شماره تلفن محل کار: _____ / () - تاریخ آخرین استخدام/خوداشتغالی: ____/____/____ تا ____/____/____	
انتظار می‌رود ناتوانی 12 ماه یا بیشتر طول بکشد؟ <input type="checkbox"/> بله، من <input type="checkbox"/> بله، همسر / شریک خانگی من >3 { <input type="checkbox"/> خیر	

وضعیت خانوار

لطفاً همه اعضای خانواده خود را در زیر فهرست کنید، از جمله خودتان، همسر یا شریک زندگی خود، و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال (چه در خانه زندگی می‌کنند یا نه). اگر در اظهارنامه مالیاتی خود ادعا می‌کنید، لطفاً کادر (□) را نیز علامت بزنید.

نام قانونی (آخر، اول، وسط)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	رابطه با شما	شماره تامین اجتماعی (در صورت وجود)
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			



آیا بیمه درمانی دارید (شامل، اما نه محدود به، Medicare، Medi-Cal، طرح کالیفرنیا تحت پوشش، پوشش حمایت شده توسط کارفرما، و/یا سایر پوشش های شخص ثالث برای هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام(های) بیمه(ها):
شماره(های) تماس بیمه: () - () () -
اگر مجروح شده اید، آیا صدمات شما توسط شخص ثالث (مانند تصادف رانندگی یا لغزش و سقوط) ایجاد شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا بیمه دیگری دارید که ممکن است اعمال شود (مانند بیمه نامه خودرو)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا شما یا خانوادهتان در 12 ماه گذشته هزینه های بهداشتی را پرداخت کرده اید (مانند پرداخت های مشترک، بیمه مشترک، فرانشیزها، و صورت حساب هایی که تحت پوشش بیمه نیستند)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
اگر بله، لطفاً کل مبلغ پرداختی را ذکر کنید: _____
(در صورت وجود) من یک پزشک مراقبت اولیه در: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> یک کلینیک اجتماعی دارم
(در صورت وجود) نام پزشک مراقبت های اولیه:

درآمد ماهانه جاری

لطفاً جدول زیر را با استفاده از اعداد کل درآمد ناخالص (یعنی قبل از مالیات) برای همه اعضای خانواده (از جمله خودتان، همسر یا شریک خانگی و فرزندان تحت تکفل) پر کنید. زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنید یا نه.

DO NOT FILL OUT - FOR OFFICE USE ONLY	منبع درآمد ماهانه		
	سایر (other)	همسر (spouse)	بیمار (patient)
Total gross monthly income:	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Family Size:	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
FPL Level:	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	درآمد کل (خطوط 1 تا 7 را در بالا اضافه کنید) منهای هر گونه نفقه/پرداخت نفقه پرداخت شده (خط 8)		
	دلار \$		



اطلاعیه مهم مربوط به برنامه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (HAP)

به خاطر داشته باشید: برای واجد شرایط بودن برای مراقبت‌های خیریه یا تخفیف تحت برنامه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (HAP) CSCHS، باید تمام تلاش‌های منطقی خود را انجام دهید تا درخواست کمک مالی خود را ظرف 180 روز پس از ارسال اولین صورتحساب برای یک قسمت خاص از مراقبت به CSCHS ارسال کنید. اگر درخواست خود را پس از این بازه زمانی 180 روزه ارسال کنید، باید توضیح دهید که چرا دلیل خوبی برای تأخیر با استفاده از فضای زیر وجود دارد. شما می‌توانید اسناد اضافی را برای پشتیبانی از توضیحات خود ارسال کنید. CSCHS همچنین ممکن است برای درخواست اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرد.

اعلامیه و امضا

من تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم که اطلاعاتی که در این برنامه ارائه کرده‌ام، تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است و در جایی که قبلاً پاسخ هیچ سؤالی را نمی‌دانستم، من تمام تلاش منطقی را برای تأیید پاسخ با کسی که می‌دانست انجام دادم. من درک می‌کنم که باید سیستم بهداشتی شهرستان سانتا کلارا (CSCHS) را از هرگونه تغییر در محل اقامت، وضعیت مالی، اندازه خانوارم اطلاع دهم، و/یا واجد شرایط بودن برای پوشش بیمه در 60 روز از زمان وقوع تغییر یا در نقطه بعدی خدمات، هر کدام زودتر باشد. من موافقت می‌کنم اطلاعات پرونده سلامتی خود را برای دریافت خدمات بهداشتی مشترک با ارائه‌دهندگانی که با شهرستان سانتا کلارا قرارداد دارند و همچنین آژانس خدمات اجتماعی شهرستان سانتا کلارا به منظور تعیین صلاحیت Medi-Cal و به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط وضعیت Medi-Cal من منتشر کنند یا اشتراک بگذارند. من به CSCHS اجازه می‌دهم گزارش اعتباری درخواست کند و/یا هر یک از اطلاعات موجود در این برنامه را که لازم بداند تأیید کند.

امضای

تاریخ