



درخواست کمک مالی برای بیمارانی
که نسبت به وصول صورتحساب خدمات بیمارستانی آنها
بین 28 اکتبر 2018 و 31 دسامبر 2021 اقدام شده است



این فرم را همراه با مدارک تاییدکننده تکمیل کنید و از طریق زیر بازگردانید:

- ارسال پستی یا تحویل شخصی آنها به نشانی:
770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128
- ارسال آنها از طریق دورنما به شماره: **1-408-494-7848**
- ارسال آنها از طریق ایمیل به نشانی: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

توجه: اگر می‌خواهید درخواست خود را از طریق ایمیل ارسال کنید، توصیه می‌کنیم که برای محافظت از حریم خصوصی و امنیت مدارک شخصیتان، پیام خود را رمزگذاری کنید.

اگر می‌خواهید واجد شرایط دریافت کمک مالی باشد، باید هر 3 صفحه این فرم را تکمیل کنید و آنها را ظرف 65 روز از تاریخ مندرج در اطلاعیه ضمیمه (شماره مدرک 22223) به شهرستان بازگردانید. سپس 150 روز دیگر فرصت دارید تا مدارک مشخص شده در صفحه بعد را برای تایید درآمد، هویت، و محل اقامت خود ارائه دهید. تاریخ دقیق سررسید در اطلاعیه قید شده است.

ما بعد از دریافت فرم تکمیل شده و مدارک تایید کننده شما، تصمیم می‌گیریم که آیا شما واجد شرایط دریافت تخفیف کامل یا جزئی هستید یا خیر و به طور کتبی شما را مطلع خواهیم کرد. اگر درباره درخواست شما پرسشی داشته باشیم، با شما تماس می‌گیریم و/یا برای شما نامه ارسال می‌کنیم.

نام شما (نام خانوادگی، نام کوچک، نام میانی)	
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	
چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی شما	
نشانی ایمیل	<input type="checkbox"/> اگر مایل هستید اسناد مربوط به این درخواست را از طریق ایمیل امن دریافت کنید، اینجا را علامت بزنید.
نشانی پستی	
شماره تلفن	
زبان مورد ترجیح	

آیا در خصوص این فرم پرسشی دارید یا به کمک نیاز دارید؟ برای دریافت کمک رایگان، (دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر) از طریق شماره 1-408-494-7850 یا (TTY: 711) 1-888-524-3317 با County of Santa Clara Health System Patient Access Department (اداره دسترسی بیماران نظام سلامت شهرستان سانتا کلارا) یا از طریق

<p><input type="checkbox"/> فردی که نسبت به وصول حساب او اقدام شده است، فوت کرده است.</p> <p><input type="checkbox"/> من در مقطعی بین تاریخ 28 اکتبر 2018 تا 31 دسامبر 2021 ساکن موقت یا بی‌خانمان بودم (تا جاییکه به خاطر دارید، تاریخ‌ها را قید کنید):</p>	<p>شرایط خاص</p> <p>لطفاً یکی از کادرهای سمت راست را که صدق می‌کند، علامت بزنید.</p>
<p><input type="checkbox"/> همسر یا شریک زندگی</p> <p><input type="checkbox"/> فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنند یا نکنند</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد فرزندان: _____</p> <p>تعداد کل افراد، اعم از شما: _____</p> <p><input type="checkbox"/> شرایطی که تغییر کرده است (در صورت وجود): _____</p>	<p>وضعیت خانوار</p> <p>کادر مربوط به هر یک از اعضای خانواده خود بین 28 اکتبر 2018 و 31 دسامبر 2021 را علامت بزنید.</p> <p>اگر تعداد یا وضعیت اعضای خانواده شما در این بازه زمانی تغییر کرده است (برای مثال، اگر شما و همسرتان طلاق گرفته‌اید یا فرزند شما به سن 21 سالگی رسیده است)، لطفاً در فضای ارائه شده توضیح دهید.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> نمی‌دانم</p>	<p>سالی (سال‌هایی) که در آن نسبت به وصول صورتحساب(های) شما اقدام شده است</p> <p>سالی (سال‌هایی) را که در آن نسبت به وصول صورتحساب(های) شما اقدام شده است، علامت بزنید.</p> <p>اگر درباره زمان اقدام نسبت به وصول صورتحساب (های) خود مطمئن نیستید، لطفاً برای دریافت کمک در تکمیل این فرم (روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر) از طریق شماره 1-408-494-7850 یا 1-888-524-3317 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید یا گزینه "نمی‌دانم" را انتخاب کنید.</p>

<p>این درآمد سالانه (یکسال)</p> <p><input type="checkbox"/> و درآمد ماهانه</p> <p><input type="checkbox"/> من و خانواده من بود</p> <p>مبلغ کل:</p> <p>2018: \$ _____</p> <p>2019: \$ _____</p> <p>2020: \$ _____</p> <p>2021: \$ _____</p>	<p>درآمد</p> <p>تا جاییکه اطلاع دارید، کل درآمد ناخالص خانواده را برای هر سالی که در آن نسبت به وصول صورتحساب(های) شما اقدام شده است (سال(هایی) که در بالا علامت زده‌اید) ارائه دهید.</p> <p>برای هر سالی که در آن نسبت به وصول صورتحساب(های) شما اقدام شده است، باید درآمد هر یک از اعضای خانواده نامبرده در بالا، اعم از خودتان، را اضافه کنید.</p> <p>مبلغ دریافتی از محل کار قیل از کسر مالیات و کسورات، درآمد حاصل از راه اندازی یک کسب و کار، پرداختی‌های تامین اجتماعی، غرامت بیکاری، درآمد حاصل از سود و سهام، و درآمد حاصل از ملک یا دارایی شخصی را محاسبه کنید.</p> <p>نفقه یا مقرری فرزند را محاسبه نکنید.</p> <p>اگر درباره زمان اقدام نسبت به وصول صورتحساب(های) خود مطمئن نیستید، لطفاً برای دریافت کمک در تکمیل این فرم (روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر) از طریق شماره 1-408-494-7850 یا 1-888-524-3317 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید یا کل درآمد ناخالص خانواده خود را برای هر سال قید شده ارائه دهید.</p>
<p>من موافقت می‌کنم که، برای هر سال، یک نسخه از موارد مربوط به من و هر یک از اعضای خانواده‌ام را ارائه بدهم (حداقل یک مورد را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> اظهارنامه مالیاتی</p> <p><input type="checkbox"/> فیش حقوق</p> <p><input type="checkbox"/> سایر مدارک رسمی درآمد</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم، من هنوز در جستجوی مدارک هستم</p>	<p>تایید صحت درآمد</p> <p>این مدرکی است مبنی بر کل درآمد ناخالص خانواده شما در سالی (سال‌هایی) که در آن نسبت به وصول صورتحساب(های) خدمات بیمارستانی شما اقدام شده است.</p>
<p>من با ارائه یک نسخه از موارد زیر موافق هستم (یک مورد را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> گواهینامه رانندگی یا گذرنامه</p> <p><input type="checkbox"/> سایر کارت‌های شناسایی صادره از سوی دولت</p> <p><input type="checkbox"/> سایر کارت‌های شناسایی عکس‌دار:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم، من هنوز در جستجوی مدارک هستم</p>	<p>تایید هویت</p> <p>این مدرک هویت شما (از جمله عکس شما) است. برای مثال گواهینامه رانندگی، گذرنامه، سایر کارت‌های شناسایی صادره از سوی دولت، یا کارت شناسایی محل کار یا محل تحصیل.</p>
<p>من یک نسخه از موارد زیر را ارائه خواهم داد (یک مورد را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> قرارداد اجاره/اجارمنامه/برگه وام</p> <p><input type="checkbox"/> قبض خدمات شهری</p> <p><input type="checkbox"/> گواهینامه رانندگی یا پلاک خودرو</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد: _____</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم، من هنوز در جستجوی مدارک هستم</p> <p><input type="checkbox"/> شهرستان محل اقامت من بین تاریخ 28 اکتبر 2018 تا 31 دسامبر 2021 تغییر کرده است.</p>	<p>تایید محل اقامت</p> <p>این مدرک شهرستان محل اقامت شما در سال(سال‌هایی) است که در بالا علامت زده‌اید.</p> <p>اگر درباره زمان اقدام نسبت به وصول صورتحساب(های) خود مطمئن نیستید، لطفاً مدرک محل اقامت مربوط به هر زمانی بین 28 اکتبر 2018 تا 31 دسامبر 2021 را ارائه دهید. اگر شهرستان محل اقامت شما در طول این مدت تغییر کرده است، لطفاً کادر سمت راست را نیز علامت بزنید.</p>

اعلام می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده درست و واقعی است.

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FOR PATIENTS
WHOSE BILLS FOR HOSPITAL SERVICES WENT TO COLLECTIONS
BETWEEN OCTOBER 28, 2018 AND DECEMBER 31, 2021**

Complete and return this form along with the required verifying documents by:



- Mailing or personally delivering them to:
770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128
- Faxing them to: **1-408-494-7848**
- E-mailing them to: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

Note: If you choose to e-mail your application, we recommend that you encrypt your message to protect the privacy and security of your personal documents.

To qualify for financial assistance, you must complete all 3 pages of this form and return them to the County within 65 days of the date on the accompanying notice (Document No. 22223). You will then have an additional 150 days to submit the documents specified on the following page to verify your income, identity, and residency. The exact due dates are in the notice.

After we receive your completed form and verifying documents, we will make a decision about whether you qualify for a full or partial discount and let you know in writing. We may call and/or write to you if we have questions about your application.

Your Name (Last, First, Middle)	
Date of Birth (month/day/year)	
Last Four Digits of Your Social Security Number	
E-mail Address	<input type="checkbox"/> Check here to consent to receive communications regarding this application by secure e-mail.
Mailing Address	
Phone Number	
Preferred Language	

Do you have questions or need help with this form? Call the County of Santa Clara Health System Patient Access Department at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or the Health Consumer Alliance at 1-888-804-3536 for free assistance.

<p>Special Circumstances</p> <p>Please check one of the boxes to the right if it applies.</p>	<p><input type="checkbox"/> The person whose account was sent to collections is now deceased.</p> <p><input type="checkbox"/> I was transient or homeless at some point between October 28, 2018 and December 31, 2021 (specify dates, to the best of your recollection):</p>
<p>Household Status</p> <p>Check the box for each member in your family between October 28, 2018 and December 31, 2021.</p> <p>If the number or status of your family members changed during this time period (for example, if you and your spouse divorced or a child turned 21), please explain in the space provided.</p>	<p><input type="checkbox"/> Spouse or domestic partner</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent children under 21 years of age, whether living at home or not</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Number of children: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Total number of individuals, including you:</p> <p style="padding-left: 80px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Changed circumstances (if applicable):</p>
<p>Year(s) Your Bill(s) Went to Collections</p> <p>Check the year(s) that your bill(s) went to collections.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form or select "I do not know."</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> I do not know</p>

<p>Income</p> <p>Provide, to the best of your knowledge, your total gross family income for each year you had bill(s) that went to collections (the year(s) you checked above).</p> <p>For each year you had bill(s) that went to collections, you need to add the income of each family member you listed above, including yourself.</p> <p>Do count pay from work before taxes and deductions, income from operating a business, Social Security payments, unemployment compensation, income from interest and dividends, and income from real estate or personal property.</p> <p>Do not count alimony or child support payments.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form, or provide your total gross family income for every year listed.</p>	<p>This was my and my family's:</p> <p><input type="checkbox"/> annual (yearly) income</p> <p><input type="checkbox"/> monthly income</p> <p>Total amount:</p> <p>2018: \$ _____</p> <p>2019: \$ _____</p> <p>2020: \$ _____</p> <p>2021: \$ _____</p>
<p>INCOME VERIFICATION</p> <p>This is proof of your total gross family income in the year(s) your bill(s) for hospital services went to collections.</p>	<p>I agree to provide, for each applicable year, a copy my and each of my family member's (choose at least one):</p> <p><input type="checkbox"/> Tax returns</p> <p><input type="checkbox"/> Pay stubs</p> <p><input type="checkbox"/> Other official income documentation</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p>IDENTITY VERIFICATION</p> <p>This is proof of your identity (including your photo). Examples include a driver's license, passport, other government-issued ID, or work or school ID.</p>	<p>I agree to provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or passport</p> <p><input type="checkbox"/> Other government-issued ID</p> <p><input type="checkbox"/> Other photo ID: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p>RESIDENCY VERIFICATION</p> <p>This is proof of your county of residence for the year(s) you checked above.</p> <p>If you are unsure about when your bill(s) went to collections, please provide proof of residence for any time between October 28, 2018 and December 31, 2021. If your county of residence changed during this time, please also check the box to the right.</p>	<p>I will provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Rental contract/lease/mortgage statement</p> <p><input type="checkbox"/> Utility bill</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or vehicle registration</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p> <p><input type="checkbox"/> My county of residence changed between October 28, 2018 and December 31, 2021</p>

I affirm that the information I have provided is true and correct.

Date

Signature