



دستورالعمل های درخواست کمک مالی

ما به بیماران واجد شرایط برای خدماتی که ضرورت پزشکی دارند کمک مالی ارائه می کنیم.

تعیین صلاحیت برای کمک مالی بر اساس معیارهای خط فقر فدرال است (سالیانه توسط اداره ثبت فدرال منتشر می گردد). بیمارانی که اظهار کنند فاقد بیمه یا توان پرداخت برای خدمات ضروری پزشکی هستند، می توانند برای کمک مالی درخواست بدهند.

بیمارانی که برای دریافت کمک مالی درخواست می دهند باید برای دریافت کمک از تمام برنامه های فدرال، ایالتی و دولت های محلی (Medicaid)، برنامه های بهداشتی و درمانی کانتی های محلی و غیره) اقدام کرده باشند و مدارک درخواست و/یا رد شدن توسط برنامه ها را به McLaren Health Care ارائه نمایند.

لطفا مدارک زیر را ارسال نمایید:

- فرم تکمیل شده کمک مالی (به فرم های ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد)
- مدارک درآمد خانوار (2 فیش حقوقی اخیر، صورتحساب بانکی یا مدارک دیگر)
- فرم تأیید درآمد (اگر در حال حاضر درآمد ندارید)
- کپی آخرین اظهارنامه مالیاتی تسلیم شده
- اگر قادر به تهیه هر یک از مدارک فوق نیستید باید موضوع را اعلام کنید

امکان دارد McLaren Health Care برای رسیدگی به فرم درخواست کمک مالی، از شما مدارک مالی تکمیلی بخواهد.

لطفا فرم درخواست تکمیل شده و تمام مدارک لازم را ظرف مدت چهارده (14) روز به این آدرس ارسال کنید:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations
.50820 Schoenherr Rd
Shelby Township, MI 48315

لطفا در صورت داشتن هرگونه سوال یا نیاز به کمک برای تکمیل فرم درخواست با ما تماس بگیرید:
بخش خدمات متقاضیان خدمات مالی
بیماران (321-1557) 844



فرم تأیید درآمد

این فرم فقط باید زمانی استفاده شود که متقاضی کمک مالی فاقد درآمد است.

برای اینکه بتوان به فرم شما رسیدگی کرد باید تمام قسمت های آنرا تکمیل کنید. نام

متقاضی:	آدرس فعلی متقاضی:
---------	-------------------

تأیید درآمد متقاضی

اینجانب، _____، تأیید می کنم که فاقد هرگونه درآمد کسب شده یا کسب نشده هستم. من به McLaren Health Care اجازه می دهم تا صحت این گفته را بررسی نماید. من می دانم که اگر McLaren Health Care بعد از بررسی متوجه شود که درآمد کسب شده یا کسب نشده دارم، شرایط و صلاحیت دریافت کمک مالی را از دست خواهم داد.

من در حال حاضر از پشتیبانی این افراد استفاده می کنم (لطفا بنویسید که چگونه مخارج اصلی، خوراک، پوشاک، مسکن را تأمین می کنید و نام تمام افرادی که شما را پشتیبانی می کنند بنویسید):

من می دانم که ممکن است نماینده ای از طرف McLaren Health Care با افراد ذکر شده تماس بگیرد و صحیح بودن اطلاعات ارائه شده را بررسی نماید.

امضاء

امضای متقاضی: _____

نام با حروف درشت و واضح: _____

تاریخ: _____

- McLaren Homecare Group McLaren-Bay Region
 McLaren-Lapeer Region McLaren-Bay Special Care
 McLaren-Macomb McLaren Cancer Institute
 McLaren Medical Group McLaren-Central Michigan
 McLaren-Oakland McLaren-Clarkston
 McLaren-Orthopedic McLaren-Flint
 Hospital Northern Michigan Regional Hospital McLaren-Greater Lansing
 _____ سایر McLaren Health Care
 McLaren Health Plan



درخواست کمک مالی

جمع مانده(های) بدهکار _____ شماره حساب ها _____

نام بیمار _____ شماره امنیت اجتماعی _____ تاریخ تولد _____

آدرس منزل _____ شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

تلفن منزل _____ تلفن دیگر _____

نام شخص مسئول (ضامن) _____ شماره امنیت اجتماعی _____ تاریخ تولد _____

کارفرما _____ شماره تلفن محل کار _____

لطفا یک مورد را علامت بزنید: شغل استخدامی خویش فرما (خوداشتغالی) بیکار بازنشسته معلول و ازکارافتاده

اگر دارای شغل استخدامی هستید - وضعیت کار شما چگونه است: تمام وقت پاره وقت هر چند گاه یک بار متوسط ساعات/هفته _____

نام همسر _____ شماره امنیت اجتماعی _____ تاریخ تولد _____

کارفرمای همسر _____

لطفا یک مورد را علامت بزنید: شغل استخدامی خویش فرما (خوداشتغالی) بیکار بازنشسته معلول و ازکارافتاده

اگر دارای شغل استخدامی هستید - وضعیت کار شما چگونه است: تمام وقت پاره وقت هر چند گاه یک بار متوسط ساعات/هفته _____

نام و سن وابستگان (خود و همسران را نیز لحاظ کنید) _____

پس اندازها (گواهی سپرده گذاری (CD)، بازار پول، حساب پس انداز بازنشستگی (IRA)، حساب های جاری و حساب ها در اتحادیه های اعتباری))

نام بانک	شهر	نوع حساب	مانده

آیا مالک خانه خود هستید؟ بله خیر اگر پاسخ بله داده اید، فهرست زیر را تکمیل نمایید.

آیا املاک و دارایی های دیگری هم دارید؟ وسایل نقلیه، خودروهای تفریحی مسافرتی (RV، مستغلات دیگر) بله خیر اگر پاسخ بله داده اید، فهرست زیر را تکمیل نمایید.

دارایی ها

دارایی - خانه، وسیله نقلیه، غیره	ارزش بازار	مبلغ بدهی وام

درآمد و مخارج ماهیانه خانوار

قلم درآمد	مبلغ (ماهانه)	قلم مخارج	مبلغ (ماهانه)
کل دریافتی ناخالص خانوار		اجاره/وام مسکن	
درآمد امنیت اجتماعی		مالیات املاک	
درآمد از محل بهره		وسیله نقلیه	
درآمد از محل اجاره		بیمه: صاحب خانه ها	
نفقه (خرجی)		بیمه: وسیله نقلیه	
خرجی کودک		بیمه: بهداشت و سلامتی	
مستمری		بیمه: عمر	
کمک های عمومی		خدمات همگانی	
بیکاری		خواروبار	
کمک های ایالتی/فدرال		بنزین	
کمک های دیگران		پزشکی	
درآمد از محل قرارداد زمین		نفقه/حمایت از کودکان	
گرامت کارگران و کارکنان		سایر	
سهمیه خانواده های نظامی		سایر	
سایر موارد (لطفا مشخص کنید)		سایر	

وام های اقساطی و کارت های اعتباری

طلبکار	مانده بدهی	پرداختی ماهیانه

جمع درآمد	جمع مخارج

لطفا جزئیات تکمیلی درباره درآمد و مخارج خود که می تواند برای این درخواست مهم و تعیین کننده باشد را ضمیمه نمایید.

من بدینوسیله تأیید می کنم که اطلاعات فوق بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من صحیح هستند. من به (McLaren Health Care Corporation MHCC) و زیرمجموعه های آن اجازه می دهم تا اطلاعات من را از لحاظ کامل و صحیح بودن بررسی نمایند. همچنین اجازه می دهم که این اطلاعات در اختیار MHCC و وابستگان آن قرار بگیرد. من می دانم که MHCC بعنوان یک سازمان خیریه ممکن است مراقبت های رایگان یا با هزینه تخفیفی به من ارائه کند. من همچنین می دانم که در روند تصمیم گیری ممکن است یک گزارش اعتبار شخصی گرفته شود.

امضای بیمار یا شخص مسئول _____ تاریخ _____

امضای همسر _____ تاریخ _____

تأییدیه ها برای شش ماه اعتبار دارند، پس از آن برای ارائه هرگونه خدمات باید اطلاعات بروز گردد. برای هر مبلغ مانده باید ترتیبات پرداخت قابل قبول اندیشیده شود و ممکن است بسته به صلاحدید MHCC مجددا مورد ارزیابی قرار بگیرند.

تاریخ

امضای مجاز

تأیید شد رد شد

دلیل رد شدن: