

درخواست کمک مالی

به افراد کمک می‌کند از طریق خدمات سلامت رفتاری در دسترس، مقرون به صرفه و با کیفیت، به سلامت عاطفی و روانی دست یابند. تخفیف بر اساس تعداد اعضای Northeastern Center خانواده و وضعیت درآمدی محاسبه می‌شود. هیچ‌کس به دلیل ناتوانی در پرداخت از دریافت خدمات محروم نخواهد شد.

نام متقاضی: _____ تاریخ: _____

نام مراجع، اگر با متقاضی متفاوت است: _____

نشانی: _____ تاریخ تولد: _____

_____ شماره تأمین اجتماعی: _____

نشانی: _____

اعضای خانوار خود، شامل خودتان، فرزندان و هر فردی را که تحت تکفل اعلام می‌کنید فهرست کنید (افراد تحت تکفل باید از طریق اظهارنامه مالیاتی تأیید شوند؛ نسخه‌ها را به این درخواست پیوست کنید).

همسر و افراد تحت تکفل (زیر ۱۸ سال) را فهرست کنید

نام	تاریخ تولد	نسبت	تاریخ/روش تأیید
مراجع			
سایر			
فرد تحت تکفل			
فرد تحت تکفل			
فرد تحت تکفل			
فرد تحت تکفل			
فرد تحت تکفل			

آیا شما یا یکی از اعضای خانوارتان Medicaid، Medicare، مزایای ارکارافتادگی، تأمین اجتماعی یا برنامه دیگری با بودجه دولت فدرال دریافت می‌کنید یا برای آن درخواست داده‌اید؟ بله / خیر. در صورت مثبت بودن پاسخ، توضیح دهید:

نام	نام پوشش بیمه	شماره بیمه‌نامه	تاریخ/روش تأیید

اینجانب (متقاضی) می‌دانم برای ادامه شرکت در برنامه کمک‌هزینه، باید مبلغ تخفیف‌یافته را هنگام دریافت خدمت و هر مانده بدهی را پرداخت کنم، مگر آنکه توافق پرداختی انجام و رعایت شده باشد. (حروف اول نام را بنویسید)

فقط برای استفاده اداری

FA4007

فرم‌ها و پیوست‌ها
بازنگری ۲۰۲۴/۰۵/۳۱

نام بیمار: _____

MRN: _____

محل: _____

اطهارنامه درآمد ناخالص

دستمزد و حقوق

کارفرما: (۱) _____

نشانی کارفرما: _____

کارفرما: (۲) _____

نشانی کارفرما: _____

مزایای دولتی:

مزایای بیکاری _____

غرامت کارگران _____

تأمین اجتماعی (عادی یا SSI) _____

مزایای کهنه‌سربازان _____

کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) _____

Medicaid _____

کمک‌هزینه مواد غذایی _____

سایر درآمدها:

سود سهام _____

درآمد اجاره _____

مزایای بازنشستگی _____

درآمد بهره _____

مستمری _____

نقشه فرزند _____

سایر _____

مجموع درآمد: جمع _____

سایر درآمدها همچنین می‌تواند شامل حق امتیاز، درآمد حاصل از ارث و تراست، کمک‌هزینه تحصیلی، نفقه و کمک مالی از خارج خانوار باشد.

نام شرکت بیمه درمانی: _____

شماره شناسایی بیمه: _____

گواهی:

با امضای زیر گواهی می‌کنم که اطلاعات فوق، تا حد اطلاع و باور من، درست و صحیح است.

امضای مراجع/ضامن _____

امضای شاهد _____

تاریخ _____

تاریخ _____

فقط برای استفاده اداری

FA4007

فرم‌ها و پیوست‌ها

بازنگری ۲۰۲۴/۰۵/۳۱

نام بیمار: _____

MRN: _____

محل: _____

تأییدیه توافق مالی

اینجانب (متقاضی) اعلام می‌کنم هر فردی که در این درخواست «بدون درآمد» درج شده، از هیچ منبعی درآمد دریافت نمی‌کند.
(حروف اول نام را بنویسید)

اینجانب (متقاضی) می‌دانم ارائه اطلاعات نادرست موجب خاتمه خدمات می‌شود و Northeastern Center می‌تواند مدارک را برای بررسی بیشتر به نهاد فدرال مربوط ارجاع دهد.
(حروف اول نام را بنویسید)

اینجانب (متقاضی) می‌دانم که باید این درخواست را هر سال، یا در صورت تغییر تعداد اعضای خانوار یا وضعیت درآمد خانوار، تمدید کنم.
(حروف اول نام را بنویسید)

گواهی می‌کنم اطلاعات فوق درباره تعداد اعضای خانواده و درآمد صحیح است. می‌دانم پیش از تأیید تخفیف، ارائه نسخه اظهارنامه مالیاتی، فیش حقوقی و سایر مدارک اثبات درآمد الزامی است.
(حروف اول نام را بنویسید)

می‌دانم مرکز حق دارد تعیین کند برای کدام خدمات واجد دریافت کمک هستم و این کمک تحت چه شرایطی اعطا می‌شود.
(حروف اول نام را بنویسید)

می‌دانم مرکز برای همه خدمات واجد شرایط، هم هزینه حرفه‌ای و هم هزینه مرکز دریافت می‌کند و ممکن است پرداخت مشترک و فرانشیز شخص ثالث بر هر دو نوع هزینه اعمال شود.
(حروف اول نام را بنویسید)

می‌دانم ممکن است در غیاب من خدماتی ارائه شود که مسئول پرداخت هزینه آن هستم (برای مثال، برنامه‌ریزی درمان).
(حروف اول نام را بنویسید)

می‌دانم Northeastern Center, Inc. در صورت انجام ندادن مسئولیت پرداخت من، حق استفاده از روش‌های وصول مطالبات مقرر را دارد. به مرکز و/یا هر نهاد مجاز از سوی مرکز، از جمله نهادهایی که از سامانه تماس خودکار، پیام خودکار، ایمیل، پیامک و سایر ارتباطات الکترونیکی استفاده می‌کنند، اجازه می‌دهم به هر دلیل از طریق هر شماره تلفن، نشانی ایمیل و/یا نشانی پستی ارائه‌شده با من تماس بگیرند.
(حروف اول نام را بنویسید)

اجازه می‌دهم هرگونه مزایای شخص ثالث که مستحق آن هستم مستقیماً به Northeastern Center, Inc. پرداخت شود. همچنین افشای اطلاعات برای رسیدگی به مطالبات شخص ثالث را مجاز می‌دانم.
(حروف اول نام را بنویسید)

به Northeastern Center, Inc. اجازه می‌دهم اگر هر مطالبه بیمه‌ای که از طرف من ارائه شده طرف سی (۳۰) روز پس از ثبت، پرداخت یا رد نشود، شکایت کتبی نزد کمیسر بیمه ثبت کند.
(حروف اول نام را بنویسید)

می‌دانم ممکن است برخی خدمات تحت پوشش بیمه، Medicare یا Medicaid من نباشد. مسئولیت مالی این خدمات را می‌پذیرم.
(حروف اول نام را بنویسید)

می‌دانم هرگونه پرداخت شخص ثالث ابتدا به بخش کمک‌شده مانده حساب من اعمال می‌شود و پس از تسویه آن بخش، مبلغ باقیمانده به سهم من منظور خواهد شد.
(حروف اول نام را بنویسید)

درخواست می‌کنم مزایای مجاز Medicare بابت هر خدمتی که Northeastern Center. از جمله خدمات پزشکی، به من ارائه می‌دهد به من یا از طرف من پرداخت شود.
(حروف اول نام را بنویسید)

به دارنده اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات مربوط به خود اجازه می‌دهم آن را در اختیار Health Care Financing Administration و نمایندگان آن قرار دهد، از جمله اطلاعات لازم برای تعیین این مزایا و اهداف مرتبط.
(حروف اول نام را بنویسید)

امضای بیمار / سرپرست خانوار / قیم: _____

نام با حروف خوانا: _____

تاریخ: _____

فقط برای استفاده اداری

FA4007

فرم‌ها و پوست‌ها
بازنگری ۲۰۲۴/۰۵/۳۱

نام بیمار: _____

MRN: _____

محل: _____

دستورالعمل: در SmartCare زیر عنوان «تأیید درآمد و تعیین واجد شرایط بودن برای کمک مالی» اسکن شود.

مدارک زیر برای بررسی و تأیید درخواست الزامی است:

- مدرک شناسایی عکس‌دار معتبر
- فرم W-2
- فیش‌های حقوقی (۳۰ روز گذشته)
- اظهارنامه‌های مالیات بر درآمد
- صورت سود و زیان کسب‌وکار خوداشتغالی
- فرم‌های تأیید یا رد مزایای بیکاری یا غرامت کارگران
- تأییدیه کتبی دستمزد از سوی کارفرما
- تأییدیه کتبی از نهادهای رفاه عمومی یا هر نهاد دولتی که بتواند وضعیت درآمد بیمار را در ۱۲ ماه گذشته تأیید کند
- برگه پرداخت Medicaid که نشان دهد مزایای Medicaid برای سال مالی مربوطه به پایان رسیده است
- تأییدیه Medicaid درباره سهم هزینه بیمار؛ مگر آنکه خلاف آن ذکر شده باشد، همه مدارک باید مربوط به جدیدترین سال یا دوره موجود باشند.

فقط برای استفاده اداری

FA4007

فرم‌ها و پیوست‌ها
بازنگری ۲۰۲۴/۰۵/۳۱

نام بیمار: _____
MRN: _____
محل: _____