

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

برای خدمات بیمارستانی و حرفه‌ای ارائه شده توسط مراکز و پزشکان Trinity Health

شخصی و محرمانه

از اینکه *Saint Agnes Medical Center* را به عنوان ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت خود انتخاب کردید، متشکریم. لطفاً درخواست پیوست شده را تکمیل کرده و برای تکمیل ارزیابی کمک مالی خود به نشانی زیر بازگردانید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 800-494-5797، دوشنبه تا جمعه، از ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت شرقی (ET) تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیماران شرکت سلامت Trinity
Saint Agnes Medical Center
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

برای خدمات بیمارستانی و حرفه‌ای ارائه شده توسط مراکز و پزشکان Trinity Health

[لطفاً فرم درخواست را تکمیل و امضا کنید و ظرف 10 روز آن را به همراه نسخه‌هایی از موارد زیر بازگردانید:]

[تأییدیه‌های الزامی]

- مدرکی دال بر درآمد ناخالص یک ماه گذشته]
- صورت‌حساب‌های بانکی کامل دو ماه گذشته از همه حساب‌های بانکی، با تمام صفحات (توضیحات سپرده‌گذاری‌های مکرر)]
- اظهارنامه مالیاتی اخیر (فرم 1040 با جدول زمانی E، C یا F) یا صورت‌های سود و زیان سه‌ماهه (برای افراد خود-اشتغال/وابستگان)]
[در صورت لزوم، موارد زیر را ارائه دهید]
- [W2 اخیر برای درآمد فصلی] [نامه مزایا/رد درخواست] [نقشه/درآمد حمایت از کودک]
- [فاقد درآمد - نامه کامل بخش حمایت از کودک درخواست]

اطلاعات بیمار

[نام بیمار]		[تاریخ تولد]	
[شماره تأمین اجتماعی/EIN (اختیاری)]		[شماره موبایل]	[شماره تلفن دیگر]
[نشانی پستی]	[شهر]	[ایالت]	[کد پستی]
[ایمیل]	[ساکن کدام ایالت هستید؟]		
[وضعیت تأهل] <input type="checkbox"/> [مجرد] <input type="checkbox"/> [متاهل] <input type="checkbox"/> [مطلقه] <input type="checkbox"/> [سایر] _____			
[آیا فرم اظهارنامه مالیاتی فدرال ثبت می‌کنید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر]		[آیا می‌توان در اظهارنامه فرد دیگری شما را به عنوان وابسته معرفی کرد؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر]	
[آیا در زمان خدمات، شما یا وابستگانتان پوشش بیمه سلامت داشتید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر] [کپی کارت بیمه را ارائه دهید]			
[آیا شما ساکن ثبت شده ایالات متحده هستید؟] <input type="checkbox"/> [بله] <input type="checkbox"/> [خیر]		<input type="checkbox"/> [ترجیح می‌دهید پاسخ ندهید]	
[اعضای خانوار، از جمله شما برطبق اظهارنامه‌های مالیاتی شما]	[تاریخ تولد]	[نسبت با بیمار]	[در اظهارنامه مالیاتی مطالبه شده است (بله/خیر)]

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

برای خدمات بیمارستانی و حرفه‌ای ارائه شده توسط مراکز و پزشکان Trinity Health

[تأیید درآمد برای همه اعضای خانوار]					
[منبع درآمد ماهانه] [چه کسی این را دریافت می‌کند؟]	[درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات)]	[منبع درآمد ماهانه]	[درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات)]	[چه کسی این را دریافت می‌کند؟]	[منبع درآمد ماهانه]
		[غرامت کارگران]			[دستمزدها]
		[بیکاری]			[تأمین اجتماعی/ناتوانی]
		[حمایت از کودک/نفقه]			[مستمری]
		[درآمد ملک اجاره‌ای]			[خود-اشتغالی]
		[سایر]			[کمک دولتی]
[نامه حمایت مالی - باید فقط توسط فردی تکمیل شود که حمایت را فراهم می‌کند]					
<input type="checkbox"/> [من بیش از 50 درصد از هزینه‌های زندگی بیمار را فراهم می‌کنم، اما نمی‌توانم در صورت حساب‌های پزشکی کمک کنم].					
<input type="checkbox"/> [با امضای این نامه، صحت اظهارات فوق را تأیید می‌کنم و به هیچ وجه مسئولیتی در قبال صورت حساب‌های بیمار نخواهم داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با من به شماره _____ (شماره تلفن) تماس بگیرید].					
[نسبت با بیمار]			[نام فرد ارائه‌دهنده حمایت]		
<تاریخ>			[امضای فرد ارائه‌دهنده حمایت]		

[تأیید درآمد و تشخیص هویت]

[گواهی می‌دهم که اطلاعات فهرست‌شده در این درخواست تا جایی که می‌دانم درست و کامل است. من متوجه هستم که اطلاعات ارائه شده منوط به تأیید است. در صورتی که اطلاعات فوق به بهانه‌های نادرست ارائه شده باشد، مسئولیت بازپرداخت هرگونه خدمات ارائه شده در شرکت‌های وابسته به Trinity Health بر عهده من خواهد بود.]

[درخواست محرمانه برای کمک مالی]

برای خدمات بیمارستانی و حرفه‌ای ارائه شده توسط مراکز و پزشکان Trinity Health

_____ [امضای بیمار]: _____ [تاریخ]: _____

_____ [تاریخ]: _____ [یا امضای سرپرست قانونی (در صورت وجود)]: _____ [تاریخ]: _____

_____ [تاریخ]: _____ [نسبت با بیمار]: _____

**[لطفاً درخواست خود را به آدرس بالا پست کنید، به شماره 312-871-3350 فکس کنید و یا اسناد را در MyChart (پورتال بیمار) آپلود کنید -
<https://mychart.trinity-health.org/MyChart> اگر سؤالی دارید، لطفاً با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 800-494-5797، دوشنبه تا
جمعه، از ساعت 9 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت شرقی (ET) تماس بگیرید.]**