

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

بیمارستان جانز هاپکینز
درخواست کمک مالی

فرم‌های مورد نظر:

نامه درخواست کمک مالی (گنجانده شده)

مدارک مورد نظر:

1. رونوشت اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (اگر متأهل هستید و به صورت جداگانه تشکیل پرونده داده‌اید، لطفاً رونوشت‌های هر دو اظهارنامه را ارائه دهید).
2. رونوشت سه (3) فیش حقوقی آخر، نامه از طرف کارفرما یا مدرک مبنی بر وضعیت اشتغال.
3. رونوشت نامه واگذاری تأمین اجتماعی برای سال جاری (در صورت امکان)
4. رونوشت نامه صدور رأی از مساعدت پزشکی یا تأمین اجتماعی.
5. مدرکی مبنی بر هزینه‌های ماهانه زندگی که در درخواست شما ثبت شده است (مانند رونوشت قبض تلفن، قبض آب و برق یا رسید پرداخت رهن و اجاره).
6. رونوشت هزینه‌های پزشکی پرداخت نشده.
7. رونوشت کلیه کارت‌های بیمه درمانی.
8. مدارک اقامتی (مانند کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی، شناسنامه یا وضعیت اقامت دائمی قانونی (کارت سبز)).
9. در صورت لزوم، بیماران خوداشتغال که اظهارنامه مالیاتی (شامل سود یا زیان) را تکمیل کرده‌اند.
10. در صورت لزوم، نامه حمایت محضری با درآمد صفر که توسط شخص ارائه‌دهنده حمایت مالی نوشته شده است.

نشانی پستی:

Johns Hopkins Hospital

Keswick Road, Suite S-5100 3910

ATTN: Financial Assistance Liaison

Baltimore, MD 21211

رایانامه: FinancialAssistance@jhmi.edu

تلفن: 443-997-3067

نمایر: 443-769-1250

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

درخواست کمک مالی

اطلاعات مربوط به شما

نام کامل:

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____

شماره تأمین اجتماعی - - وضعیت تأهل: مجرد متأهل متارکه

شهر و ایالت متحده بله خیر دارای اقامت دائمی: بله خیر

نشانی منزل: _____ تلفن _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ کشور _____

نام کارفرما: _____ تلفن _____ نشانی محل کار: _____

کد پستی _____ ایالت _____ شهر _____

اعضای خانواده:

نام	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن
_____	نسبت	سن

خود شخص

آیا برای مساعدت پزشکی درخواست داده‌اید؟
برای «بله»، در چه تاریخی درخواست داده‌اید؟
برای «بله»، تصمیم چه بود؟

بله خیر

آیا هر نوع از کمک‌های ایالتی یا منطقه‌ای را دریافت می‌کنید؟ بله خیر

1) درآمد خانوار

میزان درآمد ماهانه خود از همه منابع را ذکر کنید. شما مستلزم ارائه مدرکی دال بر درآمد، دارایی و هزینه‌ها هستید. اگر فاقد درآمد هستید، لطفاً نامه‌ای از شخص ارائه‌دهنده مسکن و وعده غذایی ارائه دهید.

مبلغ ماهانه

اشتغال مزایای
 بازنشستگی/مستمری مزایای
 تأمین اجتماعی مزایای کمک‌های
 دولتی مزایای معلولیت مزایای
 بیکاری مزایای کهنه‌سربازان
 نفقه
 درآمد ملک استیجاری مزایای
 اعتصاب
 مزایای خدمت در نظام
 مزرعه‌داری یا خوداشتغالی سایر
 منابع درآمد

مجموع

2) دارایی‌های سیال

حساب جاری
 حساب پس‌انداز
 سهام، اوراق قرضه، گواهی سپرده یا بازار پول
 سایر حساب‌ها

موجودی کنونی

مجموع

3) سایر دارایی‌ها

اگر مالک هر یک از موارد زیر هستید، لطفاً نوع و ارزش تقریبی آن را ذکر کنید.
 مانده وام

خانه
 خودرو
 وسیله نقلیه دیگر
 وسیله نقلیه دیگر
 سایر دارایی‌ها

سال

تولید

سال

تولید

سال

تولید

ارزش تقریبی
 ارزش تقریبی
 ارزش تقریبی
 ارزش تقریبی
 ارزش تقریبی

مجموع مبلغ

اجاره یا رهن
 خدمات رفاهی (اب، برق و گاز)
 هزینه‌های خودرو
 کارت‌های اعتباری
 بیمه خودرو
 بیمه سلامت
 سایر هزینه‌های پزشکی
 سایر هزینه‌ها
 آیا صورت حساب پزشکی دیگری دارید که پرداخت
 نشده باشد؟

بله

خیر

برای کدام خدمات؟

آیا طرح پرداخت تنظیم کرده‌اید؟ پرداخت‌های ماهانه به چه صورت هستند؟

برای واجد شرایط بودن جهت دریافت کمک‌های مالی برای مشکلات پزشکی،
 درآمد خانوار برای دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ این درخواست:

بدهی پزشکی وارده در مرکز جانز هاپکینز (بدون احتساب بیمه مشترک، پرداخت‌های مشترک یا فرانشیزها) برای دوازده (12) ماه تقویمی قبل
 از تاریخ این درخواست:

مبلغ بدهی

تاریخ خدمات

برای واجد شرایط بودن جهت دریافت کمک‌های مالی احتمالی

1. سن بیمار چقدر است؟
2. آیا بیمار باردار است؟
3. آیا بیمار در خانه دارای فرزندان زیر 21 سال است؟
4. آیا بیمار نابینا است یا به خاطر از کارافتادگی بالقوه برای 12 ماه یا بیشتر شغل پردرآمد را از دست داده است؟
5. آیا بیمار در حال حاضر مزایای درآمد تأمین تکمیلی (SSI) یا بیمه معلولیت تأمین اجتماعی (SSDI) دریافت می‌کند؟
6. آیا بیمار (و در صورت متأهل بودن، همسر او) در مجموع دارای موجودی حساب‌های بانکی یا دارایی‌های قابل تبدیل به پول نقد است که از مبالغ زیر بیشتر نباشد؟
- جمعیت خانواده:
- یک نفر: 2500 دلار
- دو نفر: 3000 دلار
- برای هر عضو دیگر خانواده، 100 دلار اضافه شود
(به عنوان مثال، برای یک خانواده چهار نفره، اگر مجموع دارایی‌های نقدی شما کمتر از 3200 دلار باشد، پاسخ شما «بله» است.)
7. آیا بیمار ساکن ایالت مریلند است؟
در صورت عدم سکونت در مریلند، بیمار ساکن کدام ایالت است؟
8. آیا بیمار بی‌خانمان است؟
9. آیا بیمار در برنامه WIC شرکت می‌کند؟
10. آیا خانواده فرزندی در برنامه ناهار رایگان یا ارزان قیمت دارد؟
11. آیا خانواده در برنامه کمک هزینه انرژی برای خانواده‌های کم درآمد شرکت می‌کند؟
12. آیا بیمار در برنامه کمک‌های تغذیه‌ای تکمیلی (SNAP/Food Stamp) شرکت می‌کند؟
13. آیا بیمار در بیمه‌های Healthy Howard یا Chase Brexton ثبت‌نام کرده است؟
14. آیا بیمار از طرف 'Catholic Charities'، 'Mobile Med'، 'Montg Co Cancer Crusade'، 'Primary Care Coalition' یا 'Proyecto Salud'، 'Montgomery Cares Project Access' به SH معرفی شده است؟
15. آیا بیمار در حال حاضر از هر یک از موارد زیر برخوردار است؟
فقط داروخانه کمک‌های پزشکی QMB/SLMB
16. آیا بیمار شاغل است؟
برای «خیر»، تاریخ بیکار شدن را ذکر کنید.
آیا واجد شرایط قرار گرفتن تحت پوشش بیمه سلامت COBRA می‌باشد؟

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر بله

یا خیر بله یا

خیر بله یا

خیر

بله یا خیر بله

یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر بله

یا خیر

بله یا خیر بله

یا خیر

تمام مدارک ارسالی بخشی از این نامه درخواست محسوب می‌شود.

اگر این درخواست را دارید که کمک مالی بیشتری به شما تعلق گیرد، JHM می‌تواند برای تصمیم‌گیری تکمیلی، اطلاعات بیشتری را مطالبه کند. با امضای این فرم، صحت اطلاعات ارائه شده را تأیید می‌کنید و موافقت می‌کنید که هر گونه تغییر در اطلاعات ارائه شده را ظرف ده روز پس از تغییر به JHM اطلاع دهید. تمام اطلاعات ارائه شده در نامه درخواست با بیشترین دانش، اطلاعات و باور من صحیح و دقیق است.

تاریخ

امضای متقاضی

نسبت با بیمار

