

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

بیمارستان جانز هاپکینز
درخواست نامه کمک مالی

لطفاً فرم های پیوست شده را تکمیل کرده و به همراه مدارک به شرح زیر تحویل دهید.

فرم های مورد نظر:

درخواست نامه کمک مالی (پیوست)

مدارک مورد نظر:

1. رونوشت اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (اگر متأهل هستید و به صورت جداگانه تشکیل پرونده داده اید، لطفاً رونوشت های هر دو اظهارنامه را ارائه دهید).
2. رونوشت سه (3) فیش حقوقی آخر، نامه از طرف کارفرما یا مدرک مبنی بر بیکاری.
1. رونوشت نامه واگذاری تأمین اجتماعی (در صورت امکان)
2. رونوشت برآورد نامه از کمک پزشکی یا تأمین اجتماعی.
3. مدرکی مبنی بر هزینه های ماهانه زندگی که در درخواست نامه شما ثبت شده است (مانند رونوشت قبض تلفن، قبض گاز و برق بالتیمور یا رسید پرداخت رهن و اجاره).
4. رونوشت هزینه های پزشکی پرداخت نشده.
5. رونوشت کلیه کارت های بیمه درمانی.
6. مدارک اقامتی (مانند کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی، شناسنامه یا وضعیت اقامت دائمی قانونی (کارت سبز)).

لطفاً اطلاعات را از طریق پست به این نشانی ارسال نمایید:
خیابان 3910 KESWICK، واحد S-5100
گیرنده (ATTN): هماهنگ کننده کمک مالی
بالتیمور، مریلند 21211

نشانی پستی:

خیابان 3910 Keswick، واحد S-5100
گیرنده: هماهنگ کننده کمک مالی
بالتیمور، مریلند 21211

رایانامه: financialassistance@jhmi.edu

شماره تلفن: 3067-997-443

نمابر: 1250-769-443

درخواست نامه کمک مالی

اطلاعات مربوط به شما

نام کامل: _____

نام خانوادگی	نام میانی	نام
شماره تأمین اجتماعی _____ - _____ - _____ وضعیت تأهل: مجرد متأهل متارکه		
دارای اقامت دائمی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	شهر و ایالت متحده
تلفن _____	نشانی منزل: _____	
کشور _____	شهر _____	ایالت _____
تلفن _____	نام کارفرما: _____	
	نشانی محل کار: _____	
	شهر _____	ایالت _____
	کد پستی _____	

اعضای خانواده:

خود شخص		
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____
نسبت _____	سن _____	نام _____

آیا برای کمک پزشکی درخواست داده اید؟ خیر بله

اگر بله، در چه تاریخی درخواست داده اید؟ _____

اگر بله، تصمیم چه بود؟ _____

آیا هر نوع از کمک های ایالتی یا منطقه ای را دریافت می کنید؟ خیر بله

I. درآمد خانوار

میزان درآمد ماهانه خود از همه منابع را ذکر کنید. شما مستلزم ارائه مدرکی دال بر درآمد، دارایی و هزینه ها هستید. اگر فاقد درآمد هستید، لطفاً نامه ای از شخص ارائه دهنده مسکن و وعده غذایی را ارائه دهید.

مبلغ ماهانه	
_____	استخدام
_____	مزایای بازنشستگی/مستمری
_____	مزایای تأمین اجتماعی
_____	مزایای کمک های دولتی
_____	مزایای معلولیت
_____	مزایای بیکاری
_____	مزایای جانبازی
_____	نفقه
_____	درآمد ملک استیجاری
_____	مزایای اعتصاب
_____	مزایای خدمت در نظام
_____	مزرعه داری یا خوداشتغالی
_____	سایر منابع درآمد
_____	مجموع

موجودی کنونی		<i>II. دارایی های سیال</i>
_____		حساب جاری
_____		حساب پس انداز
_____		سهام، اوراق قرضه، گواهی سپرده یا بازار پول
_____		سایر حساب ها
_____		مجموع

<i>III. سایر دارایی ها</i>		
اگر مالک هر یک از موارد زیر هستید، لطفاً نوع و ارزش تقریبی آن را ذکر کنید.		
خانۀ مانده وام	تولید _____ سال	خودرو
ارزش تقریبی _____	تولید _____ سال	وسيله نقلیه دیگر
ارزش تقریبی _____	تولید _____ سال	وسيله نقلیه دیگر
ارزش تقریبی _____		سایر املاک
مجموع _____		

مبلغ		<i>IV. هزینه های ماهانه</i>
_____		اجاره یا رهن
_____		خدمات رفاهی (آب، برق و گاز)
_____		هزینه (های) خودرو
_____		کارت (های) اعتباری
_____		بیمه خودرو
_____		بیمه سلامت
_____		سایر هزینه های پزشکی
_____		سایر هزینه ها
خیر	بله	آیا صورت حساب پزشکی دیگری دارید که پرداخت نشده باشد؟
		برای کدام خدمات؟
		آیا طرح پرداخت ترتیب داده اید؟ پرداخت های ماهانه به چه صورت هستند؟

برای واجد شرایط بودن جهت دریافت کمک های 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، پرداخت های مشترک یا فرانشیزها) برای دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ این درخواست:

تاریخ خدمات	مبلغ بدهی
_____	_____
_____	_____
_____	_____

برای واجد شرایط بودن جهت دریافت کمک های مالی احتمالی:

1. سن بیمار چقدر است؟
- بله یا خیر
2. آیا بیمار باردار است؟
- بله یا خیر
3. آیا بیمار در خانه دارای فرزندان زیر 21 سال است؟
- بله یا خیر
4. آیا بیمار نابینا است یا به خاطر از کار افتادگی بالقوه برای 12 ماه یا بیشتر شغل پردرآمد را از دست داده است؟
- بله یا خیر
5. آیا بیمار در حال حاضر مزایای درآمد تأمینی تکمیلی (SSI) یا بیمه معلولیت تأمین اجتماعی (SSDI) دریافت می کند؟
- بله یا خیر
6. آیا بیمار (و در صورت متأهل بودن، همسر او) در مجموع دارای موجودی حساب های بانکی یا دارایی های قابل تبدیل به پول نقد است که از مبالغ زیر بیشتر نباشد؟
- بله یا خیر
- 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 دارایی های 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؟
- بله یا خیر
8. آیا بیمار بی خانمان است؟
- بله یا خیر
9. آیا بیمار در برنامه WIC شرکت می کند؟
- بله یا خیر
10. آیا خانواده فرزندی در برنامه ناهار رایگان یا ارزان قیمت دارد؟
- بله یا خیر
11. آیا خانواده در برنامه کمک هزینه انرژی برای خانواده های کم درآمد شرکت می کند؟
- بله یا خیر
12. آیا بیمار در برنامه کمک های تغذیه ای تکمیلی (SNAP/Food Stamp) شرکت می کند؟
- بله یا خیر
13. آیا بیمار در بیمه های Healthy Howard یا Chase Brexton ثبت نام کرده است؟
- بله یا خیر
14. آیا بیمار از طرف Montg Co Cancer، Primary Care Coalition، Montgomery Cares، Project Access، Catholic Charities، Mobile Med، Crusade یا Proyecto Salud به مسکن حمایتی (SH) معرفی شده است؟
- بله یا خیر
15. آیا بیمار در حال حاضر از هر یک از موارد زیر برخوردار است؟
فقط داروخانه کمک های پزشکی QMB/SLMB
- بله یا خیر
16. آیا بیمار شاغل است؟
اگر خیر، تاریخ بیکار شدن را ذکر کنید.
آیا واجد شرایط فرار گرفتن تحت پوشش بیمه سلامت COBRA می باشد؟
- بله یا خیر

تمام مدارک ارسالی بخشی از این درخواست نامه محسوب می شوند.

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

تاریخ

امضای متقاضی

نسبت با بیمار