


**TEXAS
INSTITUTE
for SURGERY**
At Texas Health Presbyterian Dallas

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231

از طریق شماره 214-489-7252 تماس بگیرید یا به tifsfa@tifs.org ایمیل ارسال کنید

تاریخ: _____ نام ضامن: _____
نام بیمار: _____ تاریخ ارائه خدمات: _____
شماره حساب بیمارستان _____ شماره پرونده پزشکی _____

بیمار گرامی:

در پیوست این نامه، شما کمک‌های مالی Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery را دریافت خواهید کرد. تکمیل این درخواست ما را قادر می‌سازد تا برای در نظر گرفتن کمک‌های مالی و پرداخت صورتحساب(های) بیمارستان، حساب شما را بهتر ارزیابی کنیم. این فقط برای هزینه‌های بیمارستان شما است.

ما تمایل شما به حفظ حریم خصوصی را درک می‌کنیم. بر این اساس و به جز در راستای اهداف ارزیابی، اطلاعات موجود در درخواست شما در چارچوب اطلاعات محرمانه تلقی خواهند شد. این موارد در میان کارکنان Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery و تنها بر اساس «نیاز به دانستن» به اشتراک گذاشته خواهد شد.

لطفاً در این درخواست هر مورد را به طور جداگانه تکمیل کنید. اگر برای هر توضیحی به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً از پشت برگه درخواست استفاده کنید.

لطفاً نسخه کپی فیش حقوق ماه جاری و دو ماه قبل خود و/یا مدرکی دال بر هر نوع درآمد دیگر خانواده خود ارائه دهید. اگر اجناس مختلف را به صورت اقساطی دریافت نکردید، لطفاً کپی صورت‌حساب بانکی خود را که گویای سپرده‌های ماهانه شما است ارائه دهید. اگر خوداشتغال هستید، لطفاً یک کپی از آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد شخصی خود و صورت سود و زیان جاری خود را ارائه دهید. عدم ارائه مدارک درخواستی می‌تواند منجر به رد بررسی درخواست کمک مالی شما شود.

بسیار مهم است که این درخواست را بلافاصله پس از دریافت تکمیل کنید و در اسرع وقت آن را به ما برگردانید.

اگر در تکمیل این برنامه مشکل دارید یا بخشی از آن نامشخص است، لطفاً تماس بگیرید. همکاری شما با کارکنان ما قابل تقدیر است

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231

از طریق شماره 214-489-7252 تماس بگیرید یا به tifsfa@tifs.org ایمیل ارسال کنید

دارایی‌ها

	\$	حساب در حال بررسی
	\$	حساب پس انداز
	\$	CD's, IRA's
	\$	سایر سرمایه‌گذاری‌ها (سهام، اوراق قرضه، غیره)
	\$	املاک/زمین غیر از محل سکونت اولیه

درخواست برای کمک مالی - صفحه 2

	کارفرمای نامزد		نام کارفرما
	# تلفن		# تلفن
	آدرس کارفرما		آدرس کارفرما
	شغل		شغل

	بلی		خیر
	بلی		خیر
	بلی		خیر
	بلی		خیر
	بلی		خیر

آیا در حال حاضر برای استفاده از مزایای Medicaid درخواست می‌دهید؟
 آیا از طریق برنامه بیمارستان کانتی/ناتوانی خود درخواست کمک داشته‌اید؟
 آیا پزشک شما خدمات خود را به صورت رایگان اهدا می‌کند؟
 آیا شخص ثالث دیگری مسئول بالقوه بروز حادثه/جراحی/بیماری شما است؟
 آیا کسی به شما در پرداخت قبوض بیمارستان کمک می‌کند؟
 چه کسی به شما کمک می‌کند؟
 چقدر کمک دریافت می‌کنید؟

هر گونه اطلاعات دیگری را که فکر می‌کنید برای ارزیابی واجد شرایط بودن شما در دریافت کمک‌های مالی در پرداخت صورتحساب بیمارستان مفید است فهرست کنید.

درآمدهای مورد انتظار و/یا جوهی که در طول مرخصی خود به دلیل بیماری دریافت خواهید کرد (مرخصی استعلاجی، مرخصی با حقوق، درآمد از کارافتادگی کوتاه مدت یا بلند مدت).

\$ _____

مدت زمان مورد انتظار که نمی‌توانید کار کنید و/یا دستمزد دریافت کنید:

من درک می‌کنم که Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ممکن است اطلاعات مالی موجود در این درخواست و پیرامون ارزیابی بیمارستان را تأیید کند، و بدینوسیله به بیمارستان اجازه می‌دهم تا با کارفرمای من تماس بگیرد تا اطلاعات ارائه شده را تأیید کند و گزارش‌هایی را از اعتبار درخواست ارائه کند. من می‌دانم که از این اطلاعات برای تعیین صلاحیت من برای کمک مالی استفاده می‌شود و جعل اطلاعات در این درخواست ممکن است منجر به رد درخواست کمک مالی شود. همچنین می‌دانم که در صورت ریکواری از یک شخص ثالث یا منبع دیگر، هرگونه تأیید کمک مالی ممکن است به طور کامل یا جزئی رد شود.

من همچنین می‌دانم که هرگونه کمک مالی که دریافت می‌کنم نباید به عنوان تخفیف برای بازپرداخت هر مبلغی که بدهکارم تلقی شود و هرگونه بازپرداختی که در رابطه با هزینه بستری در بیمارستان دریافت می‌کنم باید به Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ارسال شود.

تاریخ	امضای شخص درخواست‌کننده، یا بیمار

نسبت	امضای شخص درخواست‌کننده، اگر خود بیمار نیست

تلفن منزل	کدپستی کانتی	ایالت	شهر