

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:

فرم درخواست کمک مالی Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery پیوست شده است. تکمیل این فرم درخواست به ما امکان می‌دهد تا حساب شما را برای بررسی کمک مالی برای صورتحساب(های) بیمارستانان ارائه دهیم. این فقط برای هزینه‌های بیمارستان شما است.

ما تمایل شما به حفظ حریم خصوصی را درک می‌کنیم. بر این اساس، به جز برای اهداف درستی‌سنجی، اطلاعات موجود در درخواست شما به عنوان اطلاعات محرمانه تلقی خواهد شد. این اطلاعات فقط در صورت «نیاز به دانستن» بین پرسنل Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery به اشتراک گذاشته خواهد شد.

لطفاً همه موارد درخواست را تکمیل کنید. اگر برای توضیحی به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً از پشت برگه درخواست استفاده کنید.

لطفاً کپی فیش حقوقی ماه جاری و دو ماه قبل و/یا مدرکی دال بر هرگونه درآمد دیگر خانوار را ارائه دهید. اگر تمچک دریافت نمی‌کنید، لطفاً کپی صورتحساب‌های بانکی خود را که نشان‌دهنده واریزهای ماهانه شما باشد 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 فرم درخواست را بلافاصله پس از دریافت تکمیل کنید و در اسرع وقت آن را به ما برگردانید.

اگر در تکمیل این فرم مشکل دارید یا قسمتی نامفهوم است، لطفاً با ما تماس بگیرید. همکاری شما قابل تقدیر است.

  
**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

**فرم درخواست کمک مالی - صفحه 1**

نام بیمار: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
 شماره تأمین اجتماعی # \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ شماره حساب: \_\_\_\_\_

متأهل \_\_\_\_\_ مجرد \_\_\_\_\_ مطلقه \_\_\_\_\_ بیوه \_\_\_\_\_ جدانشده \_\_\_\_\_

آیا فرزند خردسال (زیر 18 سال) دارید؟  
 آیا آنها با شما زندگی می‌کنند؟  
 آیا آنها فرزندان قانونی خود شما یا فرزندان هستند که به طور قانونی به  
 فرزندخواندگی شما درآمده‌اند؟  
 آیا بیمار شاغل است؟  
 آیا نامزد بیمار شاغل است؟  
 آیا شما بیمه درمانی دارید؟  
 آیا شما عضو یک طرح بیمه سلامت/مشارکت در هزینه‌ها هستید؟  
 آیا دچار ناتوانی هستید؟ برای چه مدت؟  
 آیا شما یک نظامی بازنشسته هستید؟

بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بلی \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بلی \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 بلی \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_

**اعضای خانواده - (ساکن در یک خانه)**

نامزد: \_\_\_\_\_  
 فرزند: \_\_\_\_\_ سن: \_\_\_\_\_  
 فرزند: \_\_\_\_\_ سن: \_\_\_\_\_  
 فرزند: \_\_\_\_\_ سن: \_\_\_\_\_  
 فرزند: \_\_\_\_\_ سن: \_\_\_\_\_

**درآمد (مقدار ماهانه):**

مقدار ماهانه	هزینه‌ها	خالص	ناخالص	
\$ _____	رهن/اجاره	\$ _____	\$ _____	بیمار
\$ _____	قبوض	\$ _____	\$ _____	همسر
\$ _____	هزینه‌های خودرو	\$ _____	\$ _____	افراد وابسته
\$ _____	غذا/سوپرمارکت	\$ _____	\$ _____	کمک‌های عمومی
\$ _____	کارت‌های اعتباری	\$ _____	\$ _____	کالابریک غذا
\$ _____	سایر (لطفاً مشخص کنید)	\$ _____	\$ _____	تأمین اجتماعی
\$ _____		\$ _____	\$ _____	بیکاری
\$ _____		\$ _____	\$ _____	مزایای مربوط به حضور در اعتصابات
\$ _____	<b>مجموع</b>	\$ _____	\$ _____	دستمزد کارمند
		\$ _____	\$ _____	نفقه
		\$ _____	\$ _____	حمایت از کودک
		\$ _____	\$ _____	مبالغ تخصیص یافته از سوی نهادهای نظامی
		\$ _____	\$ _____	صندوق‌های بازنشستگی
		\$ _____	\$ _____	درآمد از: CD's
		\$ _____	\$ _____	اجاره، سود تقسیمی
		\$ _____	\$ _____	<b>مجموع</b>

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

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 \$  
فرم درخواست کمک مالی - صفحه 2

نام کارفرما \_\_\_\_\_ کارفرمای نامزد \_\_\_\_\_  
شماره تلفن \_\_\_\_\_ شماره تلفن \_\_\_\_\_  
نشانی کارفرما \_\_\_\_\_ نشانی کارفرما \_\_\_\_\_  
شغل \_\_\_\_\_ شغل \_\_\_\_\_

بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
بلی \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
بلی \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
بله \_\_\_\_\_ 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 اشخاص ثالث بالقوه مسئولی در قبال تصادف/جراحت/بیماری شما وجود دارند؟  
آیا کسی به شما در پرداخت قبوض بیمارستان کمک می‌کند؟  
چه کسی به شما کمک می‌کند؟  
چه میزان 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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ \$

مدت زمان مورد انتظار برای عدم توانایی در کار و/یا کسب درآمد: \_\_\_\_\_

متوجه هستیم که Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ممکن است اطلاعات مالی موجود در این درخواست را در ارتباط با ارزیابی  
این درخواست توسط بیمارستان درستی‌سنجی کند و بدینوسیله به بیمارستان اجازه می‌دهم تا جهت درستی‌سنجی اطلاعات ارائه شده با کارفرمای من تماس بگیرد و از  
شرکت‌های گزارش اعتبار گزارش درخواست کند. آگاه هستیم که این اطلاعات برای تعیین واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک مالی استفاده خواهد شد و جعل  
اطلاعات در این درخواست ممکن است منجر به رد درخواست کمک مالی برای مراقبت شود. همچنین متوجه هستیم که در صورت دریافت وجه از شخص ثالث یا منبع  
دیگر، هرگونه تأیید کمک مالی ممکن است به‌طور کامل یا جزئی لغو شود.

همچنین متوجه هستیم که هرگونه کمک مالی دریافتی به‌عنوان چشم‌پوشی بیمارستان از حق وثیقه بیمارستانی برای بازپرداخت هرگونه بدهی من تلقی نمی‌شود و هرگونه  
بازپرداختی که در رابطه با این بستری شدن دریافت می‌کنم باید به Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ارسال شود.

تاریخ \_\_\_\_\_ امضای شخص درخواست‌کننده (اگر خود بیمار باشد) \_\_\_\_\_

نسبت با بیمار \_\_\_\_\_ امضای شخص درخواست‌کننده (اگر خود بیمار نباشد) \_\_\_\_\_

شماره تلفن ثابت خانه \_\_\_\_\_ ZIP کد شهرستان \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ نشانی بیمار \_\_\_\_\_