

نام بیمار:	شماره تأمین اجتماعی (در صورت وجود):			
نشانی:	تاریخ تولد:			
شهر، ایالت، کدپستی:	شماره پرونده پزشکی:			
شماره تلفن منزل:	شماره تلفن کار:			
وضعیت تأهل (دور یکی خط بکشید):	متاهل	مطلقه	جدا شده	بیوه
شما یک شهروند ایالات متحده یا یک شهروند ایالات متحده هستید: بله / خیر				
این اطلاعات جهت تعیین واجدیت شرایط مزایا / برنامه‌های اضافی ضروری است.				
در صورتی که شهروند یا دارای تابعیت ایالات متحده نیستید، آیا شما یکی از وضعیت‌های مهاجرتی که در زیر ذکر شده است را دارید؟ بله / خیر*				
*در صورتی که پاسخ "خیر" دادید، به مرحله 2 بروید (ممکن است همچنان واجد شرایط دریافت کمک باشید). در صورتی که پاسخ شما "بله" است، مشخص نمایید که کدام یک از موارد زیر وضعیتتان را توصیف می‌کند:				
<input type="checkbox"/> پناهجو	<input type="checkbox"/> پناهنده	<input type="checkbox"/> وضعیت ویژه نوجوانان مهاجر	<input type="checkbox"/> اقامت دائم قانونی با حداقل پنج سال اقامت در VA	<input type="checkbox"/> مقیم ایالات متحده از سال 1996
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کهنه سرباز/نظامی فعال ایالات متحده/همسر یا والدین کهنه سرباز/نظامی فعال ایالات متحده

مرحله 2: لطفاً بخش‌های زیر را در مورد درآمد و پوشش خدمات مراقبت‌های درمانی تکمیل نمایید.

در صورت نیاز به فضای اضافی، لطفاً یک کاغذ جداگانه ضمیمه نمایید.

اعضای خانواده - شامل خودتان، همسر، فرزندان زیر 18 سال	جنسیت مذکر/مؤنث	# تأمین اجتماعی (در صورت اطلاع)	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	درآمد ناخالص ماهانه (به صفحه 2 مراجعه کنید)	نام کارفرما	شماره تلفن کارفرما
				خودتان			

موارد زیر را دریافت می‌کنید: حمایت کودک **بله / خیر** مبلغ _____ دلار

مبلغ **بله / خیر** منفه: _____ دلار

مجموع هکتار: _____

نام بیمه	شماره عضویت	شماره گروه

مرحله 3: لطفاً بخش‌های زیر را در مورد منابع تکمیل کنید.

در صورت نیاز به فضای اضافی، لطفاً یک کاغذ جداگانه ضمیمه نمایید.

شماره حساب بانکی جاری: بله / خیر	نام بانک:	موجودی: \$
شماره حساب بانکی قرض‌الحسنه: بله / خیر	نام بانک:	موجودی: \$
سهام، اوراق قرضه، IRA، 401K، CD و غیره: بله / خیر	نام بانک:	موجودی: \$

آیا شما مالک هستید یا در حال حاضر در حال خرید املاک و مستغلات می‌باشید: **بله / خیر** شهر/شهرستان: _____

مبلغ رهن: \$ _____ خودتان در آن املاک و مستغلات زندگی می‌کنید: **بله / خیر**

آیا برای خود یا هر فرد وابسته بالای 21 سال بیمه عمر با ارزش نقدی یا ارزش وام دارید؟ **بله/خیر**

در صورتی که بله، نام (های) بیمه، شماره بیمه‌نامه و ارزش نقدی را فهرست کنید:

اموال شخصی: **بله / خیر** همه خودروها، کامیون‌ها، موتورسیکلت‌ها، کمپرها، خانه‌های سیار و غیره را فهرست نمایید.

در صورتی که صدق کند: در خانه سیار خود ساکن هستید: **بله / خیر**

مورد:	مدل و ساخت:	سال:	مقدار بدهی: \$	ارزش: \$
مورد:	مدل و ساخت:	سال:	مقدار بدهی: \$	ارزش: \$

اعلامیه: اطلاعات ارائه شده در قسمت بالا، در حد دانش و اعتقاد من؛ کامل، دقیق و واقعی است. من مجوز انتشار همه اطلاعاتی که UVA HEALTH ممکن است جهت تعیین اینکه من واجد شرایط کمک مالی از طریق برنامه مراقبت‌های درمانی افراد بی‌بیماری بیمارستان یا هر نوع برنامه کمک دارویی حمایت مالی شده توسط تولیدکنندگان دارو هستم یا خیر یا سایر برنامه‌های کمک‌های پزشکی فدرال یا ایالتی، بدان نیاز داشته باشم را می‌دهم؛ از جمله راستی‌آزمایی حقوق یا دستمزد من، موجودی حساب‌های بانکی که نگهداری می‌کنم، ارزش نقدی هر سرمایه‌زدگی، خطمشی، سهام یا اوراق قرضه‌ای که در اختیار دارم و همچنین ارزش هرگونه اموال واقعی یا شخصی که مالک آن هستم یا خریداری می‌کنم. باید به یک برنامه کمک پزشکی با بودجه فدرال یا ایالتی ارجاع داده شوم، من به UVA HEALTH اجازه انتشار و دست بردن تمام اطلاعات مورد نیاز جهت تعیین صلاحیت برای این موضوع را می‌دهم. موافقت می‌کنم زمانی که بیمه‌ام (پزشکی یا نسخه‌ای) و/یا درآمدم تغییر کرد، فوراً به UVA اطلاع دهم.

امضای متقاضی/ضامن (الزامی):	تاریخ:
امضای همسر:	تاریخ:

اطلاعات و اسناد پشتیبان درخواست شده برای اینکه فرآیند ما با قوانین تعیین شده توسط Commonwealth برای این برنامه مطابقت داشته باشد و به منظور تعیین اینکه چه برنامه‌ها یا کمک‌های دیگری ممکن است در دسترس شما باشد، همگی مورد نیاز هستند.

جهت تکمیل درخواست خود به کمک نیاز دارید؟

با تلفن: 866-320-9659

از طریق ایمیل: FinancialAssistance@UVAHealth.org

از طریق فکس: 434-924-1251

حضور: مرکز منابع آموزشی (واقع در کنار داروخانه)

1220 Lee St

Charlottesville VA 22903

ساعات کاری: دوشنبه تا جمعه 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر

بیمارستان Prince William

8700 Sudley Road

Manassas VA 20110

ساعات کاری: دوشنبه تا جمعه 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر

بیمارستان Culpeper

501 Sunset Lane

Culpeper, VA 22701

ساعات کاری: دوشنبه تا جمعه 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر

دستورالعمل‌های فرم درخواست کمک

مرحله 1: لطفاً تمام اطلاعات مربوط به بیمار را به‌طور کامل پر کنید.

مرحله 2: اطلاعات درآمد و پوشش خدمات مراقبت‌های درمانی را پر کنید. این مورد شامل درآمد حاصل از کارفرمای شما، کمک‌های دولتی (تأمین اجتماعی، مزایای VA)، بازنشستگی، نفقه، خوداشتغالی یا هر منبع درآمد دیگری است. در صورتی که فرزندی 18 سال یا بزرگتر باشد، فرم جداگانه لازم است و نمی‌تواند در این درخواست گنجانده شود. یک عضو غیر خانواده نباید در این درخواست گنجانده شود، مگر اینکه عضو، کودک زیر 18 سال با مدرک حضانت باشد.

مرحله 3: اطلاعات مربوط به منابع را پر کنید.

برای اینکه UVA HEALTH با دستورالعمل‌های ایالتی مطابقت داشته باشد، هر یک از موارد ذکر شده در ابتدای این درخواست به مدرک یا مستند نیاز دارد. لطفاً درخواست خود را ارسال نکنید مگر اینکه تمام اسناد مورد نیاز را ضمیمه کرده باشید. جهت جلوگیری از تأخیر، تمام اطلاعات باید در اسرع وقت بازگردانده شوند.

مستندات

موارد زیر انواعی از اسناد هستند که من به آنها نیاز دارم.
لطفاً همه آنها را بخوانید تا ببینید کدام یک ممکن است در مورد وضعیت شما صدق کند:
(لطفاً فقط نسخه کپی ارائه دهید. اصل مدارک برگردانده نمی‌شود.)

مرحله 1: بدون نیاز به مستندات

مرحله 2: درآمد

- قبض‌های پرداخت حقوق:** در صورتی که شاغل هستید، باید قبض پرداخت حقوقی 1 (یک) ماه خود را ارائه دهید، که حداکثر مربوط به 3 ماه قبل باشد. در صورتی که قبض‌های پرداخت حقوق در دسترس نیستند، باید نامه‌ای از کارفرمای خود ارائه دهید که در آن حقوق ناخالص 1 (یک ماهه) ذکر شده باشد.
- بیکاری:** فرم‌هایی که میزان مزایای هفتگی را تأیید می‌کند یا غرامت بیکاری یا عواید کارگران را رد می‌کند. در صورت دریافت مزایای بیکاری، اثبات واریز مستقیم مزایا نیز الزامی است.
- سایر منابع:** نسخه کپی صورتحساب ناخالص مزایای ماهانه بازنشستگی، تخصیص‌های صندوق امانی، نفقه، و/یا حمایت فرزند دریافت شده.
- مزایای دولت:** نامه تأیید یا رد مزایای اجتماعی، SSI، VA یا سایر مزایای دولتی، نسخه کپی چک (ها) یا صورتحساب بانکی که نشان‌دهنده واریز مستقیم است.
- اشتغال فصلی:** نامه‌ای از طرف کارفرما مبنی بر تاریخ استخدام و درآمد ناخالص سال تا به امروز.
- خوداشتغالی:** اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال سال جاری خود را ارائه دهید.
- نامه حمایت:** نامه تأیید حمایت از خانواده یا دوستان (زمانی که هیچ درآمدی گزارش نشده است یا برای نشان دادن حمایت کافی نیست).
- مرخصی استعلاجی:** بیانیه کارفرما مبنی بر مرخصی استحقاقی یا اینکه در مرخصی استعلاجی هستید. در صورتی که در مرخصی استحقاقی هستید، مدرکی دال بر درآمد از کارفرما ارائه دهید.
- دانشجویان:** کمک هزینه‌های تحصیلی، وام، کار تحصیلی، کمک هزینه، شهریه، مبلغ دستپاچی و جایزه کمک هزینه مطالعاتی.
- سایرین:** یک نسخه کپی از اوراق حضانت (در صورت لزوم).

مرحله 3: منابع:

- صورتحساب‌های بانکی** یک صورتحساب حساب پس‌انداز و/یا جاری اخیر از بانک یا اتحادیه اعتباری که بیش از 3 ماه از آن نگذشته باشد. صورتحساب باید شامل نام بانک، شماره حساب، نام صاحب حساب و موجودی باشد.
- برنامه‌های نقدی و PAYPAL:** صورتحساب یا تصویر صفحه از PayPal یا هر برنامه اشتراک پولی (به‌عنوان مثال Venmo، CashApp و غیره). باید شامل نام/نام کاربری و موجودی صاحب حساب باشد.
- سرمایه‌گذاری‌ها:** سهام، اوراق قرضه، طرح IRA، 401k، CD، اوراق بهادار - بیانیه بانک/کارگزار که ارزش فعلی را نشان می‌دهد که بیش از 3 ماه از آن نگذشته باشد. صورتحساب باید شامل نام بانک، شماره حساب، نام صاحب حساب و موجودی باشد.
- اموال شخصی:** صورتحساب‌های مالیاتی که ارزش ارزیابی شده خودرو(ها) را نشان می‌دهد. در صورتی که وام مرتبط با وسیله نقلیه دارید، لطفاً مبلغ پرداخت وام را ارائه دهید. باید مبلغ بازپرداخت را مشخص کنید و نام وام‌دهنده، نام دارنده حساب و شرح خودرو/شماره شناسایی خودرو (VIN) را مشخص نمایید.
- املاک و مستغلات:** جدیدترین اظهارنامه مالیاتی فعلی که هکتار و ارزش ارزیابی شده زمین تحت مالکیت را نشان می‌دهد. در صورتی که وام مسکن دارید، لطفاً مبلغ وام مسکن را ارائه کنید و نام وام‌دهنده، نام صاحب حساب، و شرح/آدرس ملک را درج نمایید.
- بیمه عمر:** بیمه‌نامه یا بیانیه‌ای که ارزش نقدی را مشخص می‌کند یا ثابت می‌کند که بیمه‌نامه دارای ارزش نقدی نیست.