



**INOVA ፋይናንሳዊ ድጋፍ**

ቀን (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IAH IFH IMVH IFOH ILH

ታካሚ (Patient) \_\_\_\_\_

የህክምና መዝገብ ቁጥር (MRN) \_\_\_\_\_

**የተከበሩ ታካሚ/ዋስትና:**

የ Inova ፋይናንሳዊ ድጋፍ ቅፅ ደርሶኛል። የማመልከቻዎን ሂደት ለማስኬድ የሚከተሉት መረጃዎች ያስፈልጋሉ።

**የሚከተሉትን መረጃዎች ያቅርቡ፡ (የሚመለከቱትን ሁሉ። እባክዎትን ቅጂዎች ብቻ፣ አርጅናል አያስፈልግም)**

የራስዎ፣ የትዳር አጋር ወይ ውስጣዊ ጓደኛ የ2018 የገቢ ግብር ቅጂ (እባክዎትን የግብር - 1040 ቅፅ የመጀመርያ 2 ገጾች ብቻ ይላኩ)

የራስዎ፣ የትዳር አጋር ወይ ውስጣዊ ጓደኛ 2 የከፍተኛ ደረጃ ቅጂ።

የሚከፈሉት በጥሬ ገንዘብ ከሆነ ከአሰሪዎ ደምዞንና የሰራ ሰዓት፣ የአሰሪው ስም፣ አድራሻና ስልክ ቁጥር የሚገልፅ በማህተም የተረጋገጠ ደብዳቤ ያቅርቡ።

በማንኛውም የቤት/የቤተሰብ አባል የተወሰደ የሌላ ማንኛውም ገቢ ማረጋገጫ --- የሰራ ማጣት፣ ማህበራዊ ደህንነት፣ ጡረታ፣ የልጆች ማሳደግ ድጋፍ ወይ አሊሞኒ።

የድጋፍ ማረጋገጫ (እርስዎና የትዳር አጋር ወይ አጋርዎ የማትሰሩ ከሆነ) (በማህተም የተረጋገጠ)

የነዋሪነት ማረጋገጫ (ከአገልግሎት 9 ወር በፊት)

የገቢ ማሳወቅያ (ከሒሳብዎ ከዓመት-እስከ-ቀን ማረጋገጫ ወይ ከእርስዎ ማህተም ያለው ማስረጃ)

ሌላ

የተጠየቀውን መረጃ አለማቅረብ፣ ማመልከቻዎ ተቀባይነት እማያገኝና የአጠቃላይ ሒሳብ ሐላፊነት እርስዎ የሚሸፍኑት ይሆናል። ማንኛውም ጥያቄ ካሎት ወይ የተጠየቀውን መረጃ ለመስጠት ጊዜ የሚፈልጉ ከሆነ እባክዎትን በ571-423-5880 ይደውሉ። ማረጋገጫውን በፋክስ መላክ ከፈለጉ፣ የፋክስ ቁጥራችን 571-423-5886 ነው።

**\*\* የገቢና የቤተሰብ ቁጥር ማረጋገጫ ከደረሰን በኋላ እባክዎትን ሒሳቡን ፕሮሰስ ለማድረግ 30 ቀናት ይስጡ\*\***  
===== አስፈላጊ! =====

መረጃውን ከዚህ ወረቀት ጋር በማያያዝ በአስራምስት (15) ቀናት ውስጥ ወደ እሚከተለው ይላኩ፡

**INOVA Health System  
Financial Aid Office  
2990 Telestar Court, 1<sup>st</sup> floor  
Falls Church, VA 22042**



**የተሞላውን ቅጽ ስ:**

Inova  
2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

**Patient Accounts  
Financial Assistance Form**

**የታካሚ መለያዎች  
የፋይናንሳዊ ድጋፍ ቅጽ**

የሕክምና መዝገብ / ተያያዥ ደመልሱ		አገልግሎት የተሰጠበት ቀን			መለያ ቁጥር		
የታካሚው የአይት ስም		የታካሚው ስም		M.I.	የማንበራዊደህንነት-ቁጥር (SSN)		የታካሚው የልደት ቀን
አድራሻ		የአፓርታማ ቁጥር	ከተማ		ግዛት	ዚፕ ኮድ	
በዚህ አድራሻ ለምን ያህል ጊዜ ኖረዎልዎ?					የቤት ስልክ ቁጥር		
የአሰሪው ስም		የአሰሪው የስልክ ቁጥር		በቤተሰብ ውስጥ ያሉት አባላት ቁጥር		ነፍሰጠር ናቸው?	

የቤተሰብ አባላት ስም(ሞች)	የልደት ቀን	የማንበራዊደህንነት-ቁጥር (SSN)	ጾታ	ግኝቱን	የቤተሰብ አባላት ስም(ሞች)	የልደት ቀን	የማንበራዊደህንነት-ቁጥር (SSN)	ጾታ	ግኝቱን
1.	/ /	/ / /			3.	/ /	/ / /		
2.	/ /	/ / /			4.	/ /	/ / /		

**የቤተሰብ ገቢ እና የገቢ ምንጮች ምንድናቸው?** (ምንዳ/ደመወዝ/ታካሚው ወይም የትዳር አጋሩ/ታካሚው ለአካላዊ መጠን ያልደረሰ ከሆነ ደግሞ ወላጆቹ ፣ ከግንኛውም ምንጭ የሚያገኙትን ገቢ ያካቱ)

		አባዘዎ የገቢ ኮድ ያክብቡ				8. ሌላ		አባዘዎ የገቢ ኮድ ያክብቡ			
1. ምድናዎች	\$	W	2W	M	A		\$	W	2W	M	A
2. ሌሎች ከፍተኛዎች	\$	W	2W	M	A		\$	W	2W	M	A
3. አጠቃላይ አርዳታ	\$	W	2W	M	A	1. ደጋፊ የደህንነት ገቢ	\$	W	2W	M	A
4. ማህበራዊ ዋስትና/SSI አካል ጉዳተኝነት	\$	W	2W	M	A	2. የተማሪ ሥራ/ጥናት ብድር/ድጋፎች	\$	W	2W	M	A
5. ለጥገና ሕፃናት የተሰጠ አርዳታ	\$	W	2W	M	A	3. በፌዴራል የተሰጡ መብቶች	\$	W	2W	M	A
6. አሊምኔ/የልጅ ተቆራጭ	\$	W	2W	M	A	4. ሌላ	\$	W	2W	M	A
7. የሥራ አጥነት ገቢ	\$	W	2W	M	A		\$	W	2W	M	A

**የገቢ ኮዶች: W = ሳምንታዊ 2W = በየሁለት ሳምንቱ M = ወርታዊ A = አመታዊ**

ይህ ገብኝ ከሚከተሉት ጋር የተገናኘ ነው?: የሞተር ተሽከርካሪ አይደለም?  አዎ (Yes)  አይ (No) በሥራ ላይ የደረሰ ጉዳት?  አዎ (Yes)  አይ (No)

እኔ እስከሚቀየው እና እስከሚመጣው ድረስ ከዚህ በላይ የተገለጹት ምስክርነቶች ሁሉ እውነትና ትክክለኛ ናቸው። ሆስፒታሉ የገቢ ማረጋገጫ (የዱቤ ሪፖርት/የታካሚ መግለጫ/የክፍያ ወረቀት/የአካል ጉዳተኝነት የምስክር ወረቀት/ወዘተ) እንደሚፈልግ አረዳለሁ። እንዲሁም Equifax የዲቤ ቢሮ እና/ወይም የማንበራዊ አገልግሎት ወኪሎች የማልከቻውን ሂደት ለማሟላት የሚያስችሉ መረጃዎችን እንዲሰጡ ፈቃድ ሰጥቻለሁ። በተጨማሪም፣ ለሆስፒታል ከፍተኛ ለማደራጀት ድጋፎች (ሜዲካል/ሜዲካል/ሚዲካል/ወዘተ) ማመልከቻ አቀርባለሁ። ማንኛውንም ይህን ድጋፍ ለማግኘት በበቂ ምክንያት አስፈላጊ ሆኖ የሚገኝ አርምጃ እውስጥ ለሆስፒታል ከፍተኛ የተገኘውንም ገንዘብ ለሆስፒታሉ አሰጣሊ ወይም አከፋሊ ማንኛውም የሰጠሁት መረጃ ሐሰት ሆኖ ቢገኝ፣ ሆስፒታሉ የገንዘብ አቋጣጫን እንደገና እንደሚፈትሽ እና ማንኛውንም ተገቢ እርምጃ እንደሚወስድ አረዳለሁ።

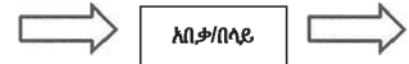
**ይህ ማመልከቻ እንዲታይ ደጋፊ ሰነዶች በ (15) ቀን ውስጥ መቅረብ አለባቸው።**

የአመልካች ፊርማ: \_\_\_\_\_ ጥያቄ የቀረበበት ቀን: \_\_\_\_\_

ጠቅላላ መቆጠር የሚችል ገቢ: \$ \_\_\_\_\_

አዚህ ጋር ምንም አይደለም ይህ ለቢሮ ሥራ ብቻ የተተወ ነው።	ጠቅላላ መቆጠር የሚችል ገቢ: \$			
	100%	250%	400%	500%
1	\$12,490	\$31,225	\$49,960	\$62,450
2	\$16,910	\$42,275	\$67,640	\$84,550
	\$21,330	\$53,325	\$85,320	\$106,650
4	\$25,750	\$64,375	\$103,000	\$128,750
5	\$30,170	\$75,425	\$120,680	\$150,850
6	\$34,590	\$86,475	\$138,360	\$172,950
7	\$39,010	\$97,525	\$156,040	\$195,050
8	\$43,430	\$108,575	\$173,720	\$217,150
9	\$47,850	\$119,625	\$191,400	\$239,250
10	\$52,270	\$130,675	\$209,080	\$261,350

**ማስተዋወቅ: ከ8 ሰዎች በላይ ላለው ቤተሰቦች/ሲዲዮዎች ተጨማሪ ሰው \$4,320 ጨምሮ።**



ሥራ ከሌለዎ፣ እባክዎ ከዚህ ቀደም የነበሩዎትን የገቢ ምንጮች እና አጠቃላይ የቤተሰብ ገቢዎን ከዚህ በታች ያስቀምጡ።

ምንጭ: \_\_\_\_\_

መጠን: \_\_\_\_\_

<p>በተንቀሳቃሽ ሂሳብዎ፣ በቁጠባ ሂሳብዎ፣ ስር-ቴሌኬት እና ዲፖዢት፣ እና/ወይም ሴኩራቲስ ሂሳቦቹዎ ውስጥ ያለው ጠቅላላ የሂሳብ መጠን ምን ያህል ነው?</p>	<p>ጠቅላላ መጠኑ: _____</p>
<p>ማንኛውም የግል የጠረጴጃ ሂሳብ አለዎት? (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)</p>	<p><input type="checkbox"/> አዎ፣ አሁን ያለው ዋጋ: _____ (Yes; the current value is)</p> <p><input type="checkbox"/> አይ (No)</p>
<p>አውቶሞቢል(ሎች) አለዎት? <input type="checkbox"/> አዎ (Yes) <input type="checkbox"/> የለም; መልስዎ ለምክህን: (No; if Yes)</p> <p>#1 አመት _____ #2 አመት _____ #3 አመት _____</p> <p>ስራት _____ ስራት _____ ስራት _____</p> <p>ሞዴል _____ ሞዴል _____ ሞዴል _____</p>	<p>#1 ዋጋ: \$ _____ ክፍያ: \$ _____ ተከፋይ: \$ _____</p> <p>#2 ዋጋ: \$ _____ ክፍያ: \$ _____ ተከፋይ: \$ _____</p> <p>#3 ዋጋ: \$ _____ ክፍያ: \$ _____ ተከፋይ: \$ _____</p>
<p>ከወለድ፣ ከትርፍ ድርሻ ወይም ከኢንቨስትመንት ገቢ ያገኛሉ?</p>	<p><input type="checkbox"/> አዎ፣ አጠቃላይ መጠኑ: _____ (Yes; the total amount is)</p> <p><input type="checkbox"/> አይ (No)</p>
<p>አርሰዎ: <input type="checkbox"/> የሚኖሩበት ቤት የራሰዎ ነው <input type="checkbox"/> የሚኖሩበትን ቤት ተከራይተውት ነው? (Own your home) (Rent your home?)</p> <p>ካልሆነ: ካልሆነ፣ የሚኖሩት የት ወይም ከማን ጋር ነው? _____</p>	<p>አርሰዎ ከሆነ፣ የአሁን ዋጋው: \$ _____</p> <p>ወርጋዊ ክፍያ / ኪራይ \$ _____</p>
<p>የተረጋገጠ የ9 ወር ነዋሪነት <input type="checkbox"/> (9 Month Residency Verified)</p>	

## Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

<b>Spanish</b>	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
<b>Korean</b>	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
<b>Vietnamese</b>	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
<b>Chinese</b>	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
<b>Arabic</b>	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
<b>Tagalog</b>	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalam sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
<b>Farsi</b>	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
<b>Amharic</b>	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
<b>Urdu</b>	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
<b>French</b>	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
<b>Russian</b>	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
<b>Hindi</b>	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
<b>German</b>	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
<b>Bengali</b>	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
<b>Kru (Bassa)</b>	Tò Dùù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìm dyi Gòdǝ̀-̀wùdù̀ (Bàsò̀-̀wùdù̀) pò ní, níí, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nǝ̀ à gbo bó pídyi. M̩ dyi ǝ̀ dè mó nǝ̀ à gbo ní, m̩ me nyue bé à kùà-nyò bě̀ kée dýí dyuò, ké à kè m̩ kè mue jè cèin nòmò dýiin.
<b>Ibo</b>	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwekọrịta ga-aga nke ọma.
<b>Yoruba</b>	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn iṣẹ iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.