



کمک هزینه مالی INOVA

IAH IFH IMVH IFOH ILH

تاریخ (Date) ____/____/____

بیمار (Patient) _____

شماره پرونده پزشکی (MRN) _____

بیمار/ضامن محترم:

فرم کمک هزینه مالی Inova را دریافت کرده ام. اطلاعات ذیل جهت بررسی درخواست شما مورد نیاز است.

مدارک مشخص شده را ارائه دهید: (لطفاً فقط نسخه تمامی موارد مربوط به خود را ارسال کنید، نه اصل مدارک)

X نسخه اظهارنامه مالیاتی دولت فدرال در سال 2018 مربوط به خود، همسر یا هم خانه تان
(لطفاً فقط 2 صفحه اول فرم مالیاتی را ارسال کنید- فرم های 1040)

X نسخه 2 فیش حقوقی فعلی خود، همسر یا هم خانه تان.

▪ اگرچه دریافتی شما به صورت نقدی است، نامه ای محضری از جانب کارفرما شامل مقدار حقوق دریافتی، میزان ساعت های کاری، نام، نشانی و شماره تلفن کارفرما را ارائه دهید.

▪ ارائه مدرک برای هر نوع درآمد دیگری که توسط هر عضو خانوار/ خانواده دریافت شده است --- بیکاری، تأمین اجتماعی، از کارافتادگی، بازنشستگی، خرجی فرزند یا نفقه.

▪ تأییدیه حمایت (در صورتی که شما و همسرتان یا هم خانه تان شاغل نیستید) (محضری)

▪ گواهی اقامت (9 ماه پیش از تاریخ دریافت خدمت)

▪ اعلام میزان درآمد شخصی اعلام میزان درآمد (میزان درآمد خود را از ابتدای سال جاری تا به امروز به صورت مستند از طریق حسابدار محل کارتان یا به صورت مدرک محضری از طرف خودتان ارائه دهید)

▪ سایر موارد

هرگونه مشکل درخصوص ارسال مدارک مورد نیاز، منجر به عدم پذیرش درخواست شما خواهد شد و کلیه هزینه ها برعهده خودتان است.

در صورت وجود هرگونه سوال یا درخواست زمان بیشتر برای جمع آوری مدارک مورد نیاز، با شماره **571-423-5880** تماس بگیرید.

در صورت تمایل برای ارسال تأییدیه ها از طریق دورنگار، مدارک را از طریق شماره دورنگار **571-423-5886** برای ما ارسال کنید.

**** پس از دریافت تأییدیه های مربوط به میزان درآمد و تعداد افراد خانواده، فرآیند بررسی گزارش ها 30 روز طول می کشد****
===== مهم! =====

INOVA Health System
Financial Aid Office
2990 Telestar Court, 1st floor
Falls Church, VA 22042

مدارک را به این برگه پیوست کرده و طی
یازده (15) روز به این آدرس ایمیل کنید:



لطفا فرم تکمیل شده را بازگردانید به:

Inova

2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

حساب های بیمار
فرم کمک هزینه مالی

Patient Accounts
Financial Assistance Form

سوابق پزشکی / شماره ضامن		تاریخ ارائه خدمات		شماره حساب	
نام خانوادگی بیمار		نام		M.I.	
نشانی		شماره آپارتمان		شهر	
ایالت		کدپستی		تاریخ تولد بیمار	
چه مدت در این محل ساکن بوده اید؟		شماره تلفن کارفرما		تعداد اعضای خانواده	
نام کارفرما		شماره تلفن کارفرما		باردار؟	
نام اعضای خانواده		تاریخ تولد		شماره تأمین اجتماعی	
نسبت		جنسیت		نام اعضای خانواده	
نسبت		جنسیت		تاریخ تولد	
نسبت		جنسیت		شماره تأمین اجتماعی	
نسبت		جنسیت		تاریخ تولد	

منابع و میزان درآمد خانواده از کجا و چقدر است؟ (شامل دستمزدها/حقوق/درآمد از هر منبعی برای بیمار و همسرش، و در صورت صغیر بودن والدینش)

لطفا کد درآمدی را با رسم دایره مشخص کنید	8. سایر موارد	لطفا کد درآمدی را با رسم دایره مشخص کنید
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W
A M 2W W	\$	A M 2W W

کدهای درآمد: W = هفتگی 2W = هر دو هفته M = ماهانه A = سالانه

آیا این ملاقات مرتبط است با: تصادف وسایل نقلیه موتوری؟ بله (Yes) خیر (No) جراحات در حین کار؟ بله (Yes) خیر (No)

بدین وسیله گواهی می‌کنم که با توجه به اطلاعات و باوری که دارم، اظهارات فوق درست و صحیح است. اینجانب آگاهی دارم که بیمارستان به گواهی درآمد من نیاز دارد (گزارش مالی، اظهارنامه مالیاتی، چک های حقوق، تعیین از کار افتادگی و غیره). و من اجازه می‌دهم که Equifax اداره اعتباری/یا ادارات خدمات اجتماعی اطلاعات مورد نیاز را منتشر کنند تا روال این درخواست تکمیل گردد. از این گذشته، این درخواست را برای هرگونه کمک پر می‌کنم (Medicaid، Medicare، بیمه و غیره) که ممکن است برای پرداخت هزینه درمان من در بیمارستان موجود باشد. هرگونه اقدام منطقی و مورد نیاز را برای دریافت چنین کمک هایی انجام می‌دهم تا مبلغ مربوط به هزینه های بیمارستان را بدین وسیله پرداخت نمایم. اگر مشخص شود هر یک از اطلاعاتی که وارد کرده ام نادرست است، درک می‌کنم که بیمارستان ممکن است وضعیت مالی من را ارزیابی مجدد نماید و هرگونه اقدام مقتضی را انجام دهد.

برای در نظر گرفتن این تقاضانامه، اسناد مربوطه باید ظرف پانزده (15) روز تحویل شوند.

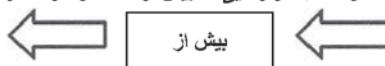
امضای متقاضی: _____ تاریخ درخواست: _____

کل درآمد قابل ذکر: \$ _____

در این بخش چیزی ننویسید، برای استفاده اداری!

کل درآمد قابل ذکر: \$	500%	400%	250%	100%	
\$62,450	\$62,450	\$49,960	\$31,225	\$12,490	1
\$84,550	\$84,550	\$67,640	\$42,275	\$16,910	2
\$106,650	\$106,650	\$85,320	\$53,325	\$21,330	3
\$128,750	\$128,750	\$103,000	\$64,375	\$25,750	4
\$150,850	\$150,850	\$120,680	\$75,425	\$30,170	5
\$172,950	\$172,950	\$138,360	\$86,475	\$34,590	6
\$195,050	\$195,050	\$156,040	\$97,525	\$39,010	7
\$217,150	\$217,150	\$173,720	\$108,575	\$43,430	8
\$239,250	\$239,250	\$191,400	\$119,625	\$47,850	9
\$261,350	\$261,350	\$209,080	\$130,675	\$52,270	10

توجه: برای خانواده‌ها/خانوارهایی که بیش از 8 عضو دارند، در ازای هر شخص اضافه، 4,320 دلار افزوده شود.



منبع:

مقدار:

<p>مقدار کل برابر است با: _____</p>	<p>مجموع موجودی شما در حساب های جاری، پس انداز، اوراق سپرده و / یا حساب اوراق بهادار چقدر است؟</p>																		
<p><input type="checkbox"/> بله؛ مقدار فعلی عبارتست از: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>	<p>آیا حساب بازنشستگی شخصی دارید؟ (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)</p>																		
<p>شماره 1 مقدار: \$ _____ پرداخت: \$ _____ مانده معوق: \$ _____ شماره 2 مقدار: \$ _____ پرداخت: \$ _____ مانده معوق: \$ _____ شماره 3 مقدار: \$ _____ پرداخت: \$ _____ مانده معوق: \$ _____</p>	<p>آیا مالک خودرو هستید؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر؛ اگر بله: (No; if Yes)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 سال</td> <td>2 سال</td> <td>3 سال</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ایجاد</td> <td>ایجاد</td> <td>ایجاد</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>مدل</td> <td>مدل</td> <td>مدل</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	1 سال	2 سال	3 سال	_____	_____	_____	ایجاد	ایجاد	ایجاد	_____	_____	_____	مدل	مدل	مدل	_____	_____	_____
1 سال	2 سال	3 سال																	
_____	_____	_____																	
ایجاد	ایجاد	ایجاد																	
_____	_____	_____																	
مدل	مدل	مدل																	
_____	_____	_____																	
<p><input type="checkbox"/> بله؛ مقدار کل برابر است با: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> خیر (No)</p>	<p>آیا شما از بهره، سود سهام یا سرمایه گذار درآمدی دریافت می کنید؟</p>																		
<p>اگر مالک هستید: ارزش فعلی: \$ _____ پرداخت ماهیانه / اجاره \$ _____</p>	<p>آیا شما: <input type="checkbox"/> مالک خانه تن هستید (Own your home) <input type="checkbox"/> خانه تن را اجاره کرده اید؟ (Rent your home?) اگر نه: کجا یا با چه کسی زندگی می کنید؟ _____</p>																		
	<p><input type="checkbox"/> تأییدیه 9 ماه سکونت (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.

Spanish	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.
Korean	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
Vietnamese	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.
Chinese	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。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
Tagalog	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalang sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
Farsi	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.
Amharic	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
Urdu	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۔
French	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.
Russian	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.
Hindi	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।
German	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
Bengali	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।
Kru (Bassa)	Tò Dùù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìn dyi Gòdǝ̀-̀wùdù̀ (Bàsò̀-̀wùdù̀) pò ní, níí, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nò à gbo bó pídyi. M̩ dyi ǝ̀ dè mó nò à gbo ní, m̩ me nyue bɛ́ à kùà-nyò bɛ̀ b̩ kée dýí dyuò, ké à kè m̩ kè mue jè c̩èin nòmò dýiin.
Ibo	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.
Yoruba	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 ẹ fun ibaraẹnisọrọ ti o munadoko.