

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

برنامه کمک مالی

Johns Hopkins Medicine

لطفاً فرم های ضمیمه شده را تکمیل و به همراه مدارک به شرح زیر برگردانید.

فرم هایی که باید شامل شوند:

درخواست کمک مالی (ضمیمه شده)

اسنادی که باید شامل شوند:

1. کپی اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (اگر متأهل هستید و اظهارنامه های مالیاتی جداگانه ارائه داده اید، لطفاً نسخه هایی از هر دو اظهارنامه را ارائه دهید).
2. کپی سه (3) فیش حقوقی آخر، نامه کارفرما یا مدرک بیکاری.
1. کپی جایزه نامه تامین اجتماعی (در صورت وجود)
2. کپی تعیین واجد شرایط بودن از کمک پزشکی یا تامین اجتماعی.
3. مدرکی مبنی بر هزینه های زندگی ماهانه که در درخواست شما ثبت شده است، مانند کپی قبض های تلفن، صورت حساب های BG&E، یا پرداخت های اجاره/رهن.
4. کپی هزینه های پزشکی پرداخت نشده
5. کپی کلیه کارت های بیمه درمانی.
6. مدارک اقامت مانند کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی، شناسنامه یا وضعیت اقامت دائم قانونی (کارت سبز).

لطفاً اطلاعات را به آدرس زیر پوست کنید:

**ATTN: REIMBURSEMENT
DEPARTMENT
5901-A HOLABIRD AVENUE
BALTIMORE, MD 21224**

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

درخواست کمک مالی

اطلاعات درباره شما

نام:

_____ اول _____ وسط _____ خانوادگی

شماره تامین اجتماعی _____ - _____ - _____ وضعیت تأهل: مجرد متاهل جدا شده

شهر و ایالت متحده بله خیر مقیم دائم: بله خیر

آدرس منزل: _____ تلفن: _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ کشور _____

نام کارفرما: _____ تلفن: _____

آدرس محل کار: _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

اعضای خانواده:

خود	سن	نام
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____
رابطه	_____	_____

آیا برای کمک پزشکی درخواست داده اید بله خیر
اگر بله، چه تاریخی بود که درخواست دادید؟
اگر بله، نتیجه تعیین واجد شرایط چه بوده است؟

آیا هر نوع کمک ایالتی یا شهرستانی دریافت می کنید؟ بله خیر

درآمد خانواده

میزان درآمد ماهانه خود را از همه منابع فهرست کنید. ممکن است از شما خواسته شود که مدارک مربوط به درآمد، دارایی‌ها و هزینه‌های خود را ارائه دهید. اگر درآمدی ندارید، لطفاً نامه ای از شخصی که مسکن و غذای شما را ارائه می دهد ارائه دهید.

مبلغ ماهانه

- مزایای استخدامی
- بازنشستگی/حقوق بازنشستگی
- مزایای تأمین اجتماعی
- مزایای کمکهای عمومی
- مزایای ناتوانی
- مزایای بیکاری
- مزایای کهنسربازان
- نفقه
- درآمد ملک اجاره ای
- مزایای اعتصاب
- مزایای نظامی
- مزرعه یا خوداشتغالی
- سایر منابع درآمد

مجموع

موجودی فعلی

II. دارایی‌های نقدی

- حساب جاری
- حساب پس‌انداز
- سهام، اوراق بهادار، CD، یا بازار پول
- حساب‌های دیگر

مجموع

III. سایر دارایی‌ها

اگر هر یک از موارد زیر را دارید، لطفاً نوع و مقدار تقریبی آن را ذکر کنید.

_____	ارزش تقریبی	_____	موجودی وام	_____	مسکن
_____	ارزش تقریبی	_____	ساخت	_____	خودرو
_____	ارزش تقریبی	_____	ساخت	_____	خودروی اضافی
_____	ارزش تقریبی	_____	ساخت	_____	خودروی اضافی
_____	ارزش تقریبی	_____		_____	املاک دیگر
_____	مجموع				

IV. هزینه‌های ماهانه

_____	اجاره یا رهن
_____	آب و برق
_____	پرداخت(های) خودرو
_____	کارت(های) اعتباری
_____	بیمه خودرو
_____	بیمه سلامت
_____	سایر هزینه های پزشکی
_____	سایر هزینه ها

آیا قبض پزشکی پرداخت نشده دیگری دارید؟ خیر بله

برای چه خدماتی؟

_____ اگر یک طرح پرداخت ترتیب داده اید؟ پرداخت های ماهانه چقدر است؟

برای واجد شرایط بودن کمک های مالی سختی پزشکی:

درآمد خانواده برای دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ این درخواست: _____

بدهی پزشکی متحمل شده در Johns Hopkins (بدون احتساب بیمه مشترک، پرداخت های مشترک یا فرانشیزها) برای دوازده (12) ماه تقویمی قبل از تاریخ این درخواست:

مبلغ بدهکار

تاریخ خدمت

برای واجد شرایط بودن کمک مالی فرضی:

1. سن بیمار چند است؟
2. آیا بیمار باردار است؟
3. آیا بیمار فرزندی زیر 21 سال دارد که در خانه زندگی می‌کنند؟
4. آیا بیمار نابینا است یا ممکن است برای 12 ماه یا بیشتر از کار مفید ناتوان باشد؟
5. آیا بیمار در حال حاضر مزایای SSI یا SSDI را دریافت می‌کند؟
6. آیا بیمار (و، اگر متاهل باشد، همسر) دارای کل حساب های بانکی یا دارایی های قابل تبدیل به پول نقد است که از مقادیر زیر تجاوز نمی‌کند؟

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

بله یا خیر

اندازه خانواده:

\$2,500.00

انفرادی:

\$3,000.00

دو نفر:

برای هر یک از اعضای خانواده اضافی، \$100.00 اضافه کنید
(مثال: برای یک خانواده چهار نفره، اگر مجموع دارایی‌های نقدی کمتر از \$3,200.00 داشته باشید، پاسختان بله است.)

بله یا خیر

7. آیا بیمار مقیم ایالت Maryland است؟
اگر ساکن Maryland نیستید، بیمار در کدام ایالت اقامت دارد؟

بله یا خیر

8. آیا بیمار بی خانمان است؟

بله یا خیر

9. آیا بیمار در WIC شرکت می‌کند؟

بله یا خیر

10. آیا در خانواده کودکانی وجود دارند که در برنامه ناهار رایگان یا کاهش یافته شرکت می‌کنند؟

بله یا خیر

11. آیا خانوارها در برنامه کمک انرژی برای افراد کم درآمد شرکت می‌کنند؟

بله یا خیر

12. آیا بیمار SNAP/فود استامپ دریافت می‌کند؟

بله یا خیر

13. آیا بیمار در Chase Brexton · Healthy Howard ثبت نام کرده است؟

14. آیا بیمار توسط Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, or Proyecto Salud

بله یا خیر

به SH ارجاع شده است؟

بله یا خیر

15. آیا بیمار در حال حاضر موارد زیر را دارد:

بله یا خیر

کمک‌های پزشکی فقط برای داروخانه

QMB/SMLB

بله یا خیر

16. آیا بیمار شاغل است؟

بله یا خیر

اگر نه، تاریخ که بیکار شد.
واجد شرایط برای سلامت COBRA پوشش بیمه ای؟

تمام اسناد ارسال شده بخشی از این درخواست می‌شود.

اگر درخواست کنید که کمک مالی بیشتری برای شما تمدید شود، JHM ممکن است اطلاعات بیشتری را برای تعیین واجد شرایط بودن تکمیلی درخواست کند. با امضای این فرم، صحت اطلاعات ارائه شده را تأیید می‌کنید و موافقت می‌کنید که هر گونه تغییر در اطلاعات ارائه شده را ظرف ده روز پس از تغییر به JHM اطلاع دهید. تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست مطابق با بهترین دانش، اطلاعات و اعتقاد من درست و دقیق است.

تاریخ

امضای متقاضی

رابطه با بیمار