



دستورالعمل های مربوط به درخواست امداد مالی

ما امداد مالی را برای خدماتی که ضرورت پزشکی دارند در اختیار بیماران واجد شرایط قرار می دهیم. واجد شرایط بودن برای امداد مالی براساس رهنمودهای فقر فدرال می باشد (به طور سالانه در دفتر ثبت فدرال منتشر می شود). بیمارانی که قید کنند بیمه یا هیچگونه طریق دیگری برای پرداخت هزینه خدمات ضروری پزشکی را ندارند می توانند برای در نظر گرفته شدن برای امداد مالی درخواست نمایند.

لطفاً مدارک زیر را برگردانید:

- درخواست پر شده امداد مالی (درخواست های کامل نشده در نظر گرفته نخواهند شد)
- مدرک درآمد خانوار
- ساکنان میثیگان: آخرین فیش های حقوقی مربوط به 4 دوره حقوقی اخیر، آخرین صورت حساب بانکی برای 2 ماه گذشته، سایر مدارک اثبات درآمد، دارایی ها (403b، 401k و مواردی از این دست).
- ساکنان اوهایو: آخرین فیش حقوقی مربوط به 3 ماه قبل از ارائه خدمات
- فرم تأیید درآمد (اگر در حال حاضر هیچگونه درآمدی ندارید)
- رونوشت آخرین اظهارنامه مالیات فدرال
- اگر هرگونه مدرکی در دسترس نیست لطفاً ذکر نمایید

لطفاً توجه داشته باشید پردازش درخواست شما 30 روز کاری طول می کشد. ممکن است McLaren Health Care برای پردازش درخواست کمک مالی، مدارک مالی اضافی درخواست کند. در صورت وجود نداشتن و/یا ناقص بودن مدارک، پردازش درخواست شما به تأخیر می افتد.

لطفاً فرم پر شده و مدارک همراه را در ظرف چهارده (14) روز
به این نشانی برگردانید:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315
یا FinancialAssistance@mclaren.org

برای بررسی/رسیدگی به تقاضای امداد مالی، باید تمام اطلاعات و مدارک درخواست شده را ارسال کنید.
اگر هرگونه سوالاتی دارید یا در پر کردن درخواست به کمک نیاز دارید با این شماره تماس بگیرید:

بخش خدمات مشتریان
خدمات مالی بیماران
(844) 321-1557



فرم تأیید درآمد

تنها در صورتیکه متقاضی امداد مالی درآمدی ندارد باید از این فرم استفاده شود.

برای معتبر بودن فرم، همه فیلدهای این فرم باید پر شوند.

نام متقاضی:	نشانی کنونی متقاضی:
-------------	---------------------

تأییدیه درآمد متقاضی:

اینجانب _____، تأیید می‌کنم که درآمد کسب شده یا کسب نشده ندارم. من به McLaren Health Care اجازه می‌دهم که این اظهاریه را تأیید نماید. من توجه دارم که اگر McLaren Health Care متوجه شود که درآمد کسب شده یا کسب نشده داشته‌ام، از دریافت امداد مالی محروم خواهم شد.

من در حال حاضر از این نهاد ها حمایت دریافت می‌کنم (نحوه برآوری هزینه های پایه، خوراک، لباس، سرپناه به همراه نام نهادهایی که حمایت ارائه می‌کنند را ذکر نمایید):

من توجه دارم که نماینده ای از سوی McLaren Health Care ممکن است با نهادهایی که در بالا ذکر شد تماس گرفته تا اطلاعات ارائه شده را تأیید نماید.

امضاء

امضای متقاضی: _____

نام با حروف خوانا: _____

تاریخ: _____

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- غیره

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region



درخواست برای امداد مالی

جمع تنمه (های) پرداخت نشده شماره های حساب _____ شماره های حساب _____

نام بیمار _____ شماره سوشال سکيوریتی _____ تاریخ تولد _____

نشانی منزل _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تلفن منزل _____ شماره تلفن ثانوی _____

نام شخص مسئول (ضامن) _____ شماره سوشال سکيوریتی _____ تاریخ تولد _____

کارفرما _____ شماره تلفن محل کار _____

لطفاً یک مورد را علامت بزنید: به طور فعال شاغل شغل آزاد بیکار بازنشسته معلول

اگر شاغل هستید - نحوه استخدام: تمام وقت نیمه وقت نامرتب میانگین تعداد ساعات کار/هفته _____

نام همسر _____ شماره سوشال سکيوریتی _____ تاریخ تولد _____

کارفرمای همسر _____

لطفاً یک مورد را علامت بزنید: به طور فعال شاغل شغل آزاد بیکار بازنشسته معلول

اگر شاغل هستید - نحوه استخدام: تمام وقت نیمه وقت نامرتب میانگین تعداد ساعات کار/هفته _____

نام و سن وابستگان (شامل خود و همسر شخص) _____

حساب های پس انداز (CD، بازار پول، IRA)، حساب جاری و حساب های بنگاه تعاونی

نام بانک	شهر	نوع حساب	موجودی

آیا مالک خانه خودتان هستید؟ بله خیر اگر بله، در پایین ذکر کنید.

آیا صاحب ملک دیگری هستید؟ ماشین، ماشین کاروانی، سایر دارایی ها بله خیر اگر بله، در زیر ذکر کنید.

دارایی ها

دارایی - منزل، ماشین و غیره	ارزش بازاری	مبلغ وام پرداخت نشده

درآمد ها و هزینه های ماهانه خانوار

مبلغ (ماهانه)	مورد هزینه	مبلغ (ماهانه)	مورد درآمد
	اجاره/رهن		جمع ناخالص پرداخت به خانوار
	مالیات بر املاک		درآمد سوشال سکيوریتی
	ماشین		درآمد از بهره
	بیمه: مالکین خانه		درآمد از اجاره
	بیمه: ماشین		نفقه
	بیمه: بهداشت		نفقه فرزند
	بیمه: عمر		حقوق بازنشستگی
	تسهیلات شهری		امداد عمومی
	خواروبار		بیکاری
	بنزین		امداد ایالتی/فدرال
	پزشکی		اعانات از دیگران
	نفقه همسر/ فرزند		درآمد از قرارداد زمین
	غیره (لطفاً مشخص کنید)		غرامت پرداختی به کارگران
	غیره (لطفاً مشخص کنید)		سهمیه خانواده های ارتشی
	غیره (لطفاً مشخص کنید)		غیره (لطفاً مشخص کنید)

وام های قسطی و کارت های اعتباری

مبلغ ماهانه	تتمه بدهی	وام دهنده

مجموع هزینه ها	مجموع درآمد

لطفاً هرگونه جزئیات بیشتر در مورد درآمد و هزینه های خود را که ممکن است مربوط شوند به درخواست الصاق نمایید.

بدین وسیله تأیید می کنم که اطلاعات فوق تا آنجا که اطلاع دارم صحیح می باشد. من به (MHCC) McLaren Health Care Corporation و شرکت های وابسته به آن اجازه می دهم تا هرگونه اطلاعات را برای کامل بودن و صحت تأیید نمایند. همچنین اجازه می دهم که چنین اطلاعاتی برای واگذاری به MHCC و شرکت های وابسته به آن موجود باشد. من توجه دارم که MHCC به عنوان یک سازمان خیریه ممکن است به من مراقبت تخفیف داده شده یا رایگان ارائه کند. من همچنین توجه دارم که ممکن است یک گزارش اعتبار شخصی در حین روال تصمیم گیری دریافت شود.

امضای بیمار یا شخص مسنول _____ تاریخ _____

امضای همسر _____ تاریخ _____

اجازه ها برای دوازده ماه معتبر بوده که در آن زمان اطلاعات بروز شده برای هرگونه خدمات بیشتر لازم خواهد بود. ترتیب پرداخت هزینه موافقت شده باید برای هرگونه تتمه باقیمانده داده شده و ممکن است به صلاحدید MHCC مجدداً بررسی شود.

_____ تاریخ _____

_____ امضای مجاز _____

تصمیم: