



## تقاضانامه کمک هزینه مالی - Farsi Financial Assistance Application

## خدمات مالی بیماران

شماره پیشینه پزشکی/ضامن		آیا این ویزیت مرتبط است با <input type="checkbox"/> تصادف وسیله نقلیه موتوری <input type="checkbox"/> آسیب در حین کار <input type="checkbox"/> هیچ کدام		*تاریخ خدمات (اگر هنوز زمان بندی نشده است، عبارت «آینده» را تایپ کنید)	
*نام خانوادگی		*نام		*تاریخ تولد	
نشانی		ش پلاک		شهر	
چند وقت در این نشانی زندگی کرده اید؟		*بی خانمان هستید؟		شماره تلفن	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (Yes) <input type="checkbox"/> (No)		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (Yes) <input type="checkbox"/> (No)			
*وضعیت تاهل		*وابسته ها		*پاردار	
بله <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> شریک غیرمزدوج <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (Yes) <input type="checkbox"/> (No)		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (Yes) <input type="checkbox"/> (No)	
لطفاً نام اعضای خانواده خود را وارد کنید، شامل شریک زندگی شما و همچنین هر کسی در خانوار شما که برای مراقبت به شما متکی است یا هر فردی که شما در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال خود به عنوان وابسته ذکر می کنید، در صورتی که اظهارنامه پر می کنید.					
نام عضو خانواده		تاریخ تولد		نسبت	
1.				نسبت	
2.				نسبت	
3.				نسبت	
لطفاً مبالغ و منابع درآمد خانواده را در زیر ذکر کنید. شامل دستمزد/حقوق/درآمد از هر منبعی برای بیمار و همسر، و والدین در صورتی که بیمار خریدار است.					
*وضعیت اشتغال <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خوداشتغال <input type="checkbox"/> غیرشاغل <input type="checkbox"/>					
در صورت شاغل بودن، نام کارفرما			شماره تلفن کارفرما		
دستمزدهای شغل 1 فعلی (پیش از مالیات ها): _____ دلار <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه					
دستمزدهای شغل 2 فعلی (پیش از مالیات ها): _____ دلار <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه					
در سال گذشته، آیا شما: <input type="checkbox"/> شغلتان را تغییر دادید <input type="checkbox"/> کار کردن را متوقف کردید <input type="checkbox"/> ساعات کار خود را کاهش دادید <input type="checkbox"/> هیچ کدام از این موارد در این صورت، چه زمانی:					
در صورت خوداشتغالی، درآمد خالص دریافتی شما (سودها پس از پرداخت مخارج کسب وکار) چقدر است؟					
_____ دلار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه					
در صورتی که شاغل نیستید، منابع و مبالغ قبلی درآمد خانواده را ذکر کنید:					
منبع _____ مبلغ _____ دلار					
سایر منابع درآمد:					
تأمین اجتماعی/توان یابی SSI			دریافت نفقه فرزند/زوج		
_____ دلار <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه			_____ دلار <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input checked="" type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه		
مزایای بیکاری			مزایای دولتی (SNAP, TANF, و غیره)		
_____ دلار <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه			_____ دلار <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه		
موجودی کل در حساب های چک، حساب های پس انداز، گواهی های واریز و/یا حساب های اوراق بهادار شما چقدر است؟ _____ دلار					
*آیا حساب بلز نشستگی شخصی دارید (IRA, 401(k), 403(b), Keogh)؟					
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (Yes) <input type="checkbox"/> (No) ارزش فعلی: _____ دلار					
*آیا صاحب خودرو(ها) هستید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (No) <input type="checkbox"/> (Yes) اگر بله، جزئیات را در پایین ارائه دهید.					
سال		سازنده		مدل	
1.				ارزش	
2.				پرداختی ماهانه	
3.				مبلغ مانده	
*آیا از سود، سود تقسیمی یا سرمایه گذاری درآمد دریافت می کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (No) <input type="checkbox"/> (Yes): مبلغ کل: _____ دلار					
*آیا شما: <input type="checkbox"/> خانه خود را اجاره می کنید: اجاره/پرداختی ماهانه _____ دلار					
<input type="checkbox"/> صاحب خانه خود هستید: ارزش فعلی: _____ دلار					
<input type="checkbox"/> اجاره نمی کنید یا صاحب خانه نیستید: کجا یا با چه کسی زندگی می کنید؟ _____					
گواهی می دهم که اطلاعات ارائه شده تا جایی که اطلاع دارم، درست و صحیح است. واقف هستم که Inova به گواهی درآمد و اقامت نیاز خواهد داشت و به Inova مجوز می دهم که هر گونه اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل فرآیند تقاضا را از کلیه نهادهای وابسته و/یا اشخاص ثالث درخواست کند یا به آنها افشا کند. برای دریافت کمک هزینه پرداخت تقاضا خواهم داد و هر گونه اقدام معقول لازم را انجام خواهم داد و مبلغ بازبایی شده را به Inova واگذار یا پرداخت خواهم کرد. اگر ثابت شود هر کدام از اطلاعاتی که من داده ام نادرست است، واقف هستم که بیمارستان می تواند وضعیت مالی من را دوباره ارزیابی کند و هر اقدامی که لازم شود را انجام دهد.					
متقاضی (امضا) (Applicant (signature)):		متقاضی (نام با حروف بزرگ) (Applicant (print name)):		تاریخ (Date):	
				زمان (Time):	

اطلاعات جمعیت شناختی

اشتغال و سایر درآمدها

دارایی ها

## ضمیمه A

### خط فقر فدرال سال، 2024

500%	400%	250%	100%	اندازه خانواده
\$75,300	\$60,240	\$37,650	\$15,060	1
\$102,200	\$81,760	\$51,100	\$20,440	2
\$129,100	\$103,280	\$64,550	\$25,820	3
\$156,000	\$124,800	\$78,000	\$31,200	4
\$182,900	\$146,320	\$91,450	\$36,580	5
\$209,800	\$167,840	\$104,900	\$41,960	6
\$236,700	\$189,360	\$118,350	\$47,340	7
\$263,600	\$210,880	\$131,800	\$52,720	8
\$290,500	\$232,400	\$145,250	\$58,100	9
\$317,400	\$253,920	\$158,700	\$63,480	10

# پیوست C

## فهرست مدارک لازم برای کمک هزینه مالی

شما باید علاوه بر تکمیل تقاضانامه کمک هزینه مالی Inova، گواهی درآمد و گواهی اقامت خود را نیز از فهرست گزینه های زیر ارائه دهید که الزامات سیاست مساعدت مالی Inova را برآورده خواهد کرد. **لطفاً توجه داشته باشید برای اینکه تقاضانامه شما واجد شرایط بررسی و تصمیم گیری باشد، باید آن را ظرف 240 روز پس از تاریخ اولین صورت حساب ثبت کنید.**

<p><b>شرط سکونت</b></p> <p>گواهی 30 روز سکونت در ویرجینیا پیش از دریافت هر گونه خدمات در Inova الزامی است.</p> <p>باید شامل یکی (1) از موارد فهرست زیر باشد:</p>	<p><b>شرط درآمد فردی/خانواده</b></p> <p>اگر همسر یا شریکتان با شما زندگی می کند، مدارک درآمد ایشان نیز نیاز است.</p> <p>باید شامل یکی (1) از موارد فهرست زیر باشد:</p>
<p><b>گواهینامه رانندگی یا کارت شناسایی معتبر صادره از ویرجینیا، کارت ثبت نام رأی دهنده ویرجینیا، سوابق DMV ویرجینیا:</b></p> <p>تاریخ صدور مدارک باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات باشد.</p>	<p><b>جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>لطفاً مدرک اظهارنامه مالیاتی کامل با تاریخ و امضا را ارائه دهید.</li> <li>بین ماه ژانویه و آوریل، این مدرک پذیرفته نخواهد شد. به جای آن، باید دو فیش حقوقی آخر ارائه شود.</li> </ul>
<p><b>جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال:</b></p> <p>لطفاً مدرک اظهارنامه مالیاتی کامل با تاریخ و امضا را ارائه دهید.</p>	<p><b>دو فیش حقوقی آخر:</b></p> <p>فیش های حقوقی باید درآمد ناخالص پیش از کسری ها، تاریخ بازه پرداخت و عایدات سال تا آن تاریخ را نشان دهند.</p>
<p><b>قبض خدماتی یا صورت حساب بانکی:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>مدارک باید حاوی نام و نشانی فعلی متقاضی باشند.</li> <li>مدارک باید حداقل 30 روز پیش از تاریخ خدمات Inova تاریخ/ایجاد شده باشند.</li> </ul>	<p><b>گواهی اشتغال:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>اگر اظهارنامه مالیاتی یا فیش های حقوقی در دسترس نیست، کارفرما می تواند این فرم/نامه را تکمیل کند.</li> <li>دانلود از <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>
<p><b>گواهی سکونت:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فرم باید توسط صاحب خانه/صاحب ملک تکمیل شود.</li> <li>دانلود از: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>	<p><b>گواهی حمایت:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>این فرم برای بیمارانی است که بیکار هستند و از خانواده/دوستان/دیگران حمایت دریافت می کنند.</li> <li>این فرم باید توسط فردی (خانواده/دوست/سایر) تکمیل شود که به حمایت در مورد سرپناه، غذا و/یا مخارج زندگی کمک می کند. <b>این سند هیچ گونه مسئولیت مالی در خصوص بدهی پزشکی معوقه بیماری که برای کمک هزینه مالی تقاضا می دهد را بر عهده فرد تکمیل کننده این فرم قرار نمی دهد.</b></li> <li>اظهارنامه های مالیاتی از حامیان خانوار درخواست خواهد شد تا مشخص شود بیمار به عنوان وابسته معرفی شده است یا خیر.</li> <li>اگر به تازگی بیکار شده اید، لطفاً مدارک را از محل اشتغال قبلی نیز ارائه دهید.</li> <li>دانلود از: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>
<p><b>سوابق مدرسه:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>مدارک باید حاوی نام کودک، نام مدرسه و نشانی فعلی باشند.</li> <li>مدرسه باید توسط یک ایالت، حوزه قضایی یا قلمرو ایالات متحده به رسمیت شناخته شده باشد.</li> <li>می تواند شامل ریزنمره، فرم مراقبت اورژانسی، نامه یا مدرک دیگری باشد که بتوان از مدرسه درخواست داد یا از یک درگاه مجازی دانلود کرد.</li> </ul>	<p><b>گواهی خوداظهاری:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>برای بیمارانی که کارگران روزانه هستند، کارگران مهاجر/فصلی هستند، انعام به عنوان درآمدشان دریافت می کنند یا بیکار هستند و در خصوص سرپناه، غذا و/یا مخارج زندگی از خانواده/دوستان/دیگران حمایت دریافت نمی کنند.</li> <li>اگر به تازگی بیکار شده اید، لطفاً مدارک را از محل اشتغال قبلی نیز ارائه دهید.</li> <li>دانلود از: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>
<p><b>سایر مدارک مربوط به سکونت که ممکن است درخواست شود شامل (اما نه محدود به):*</b></p> <p>قرارداد اجاره، رسید مالیات اموال شخصی در ویرجینیا یا مالیات های املاک پرداخت شده در سال گذشته به ایالت ویرجینیا یا یکی از منطقه های ویرجینیا، گواهی ثبت نام اداره آموزش و پرورش ویرجینیا، مدرک گواهی اقامت مهاجرتی، W2</p> <p>*برای اطلاعات بیشتر، لطفاً با تیم تماس بگیرید: 571-472-5880.</p>	<p><b>سایر مدارک مربوط به درآمد که ممکن است درخواست شود شامل (اما نه محدود به):*</b></p> <p>نامه مزایای تامین اجتماعی، مستمری، حقوق بازنشستگی، مزایای بازمندگان، مزایای بیکاری، برنامۀ کمک هزینه دولتی، نامه مزایای مساعدت همگانی، سود سهام، بهره مالکانه، درآمد حاصل از املاک/تراست، مدارک کمک هزینه شهری/تحصیل، مدارک نفقه فرزند/همسر، تأییدیه وضعیت سفیر بر سرنامه سفارت، گواهی درآمد شخص ثالث (اجاره نامه خانه، تقاضانامه خرید، اجاره نامه خودرو، تقاضانامه وام و غیره)، فرم I20 (دانش آموزان/دانشجویان بین المللی)، شناسنامه کودک، نامه شرایط</p> <p>*برای اطلاعات بیشتر، لطفاً با تیم تماس بگیرید: 571-472-5880.</p>

**مهم:** عدم ارائه تقاضانامه الزامی امضا شده و تاریخ خورده و مدارک لازم برای گواهی درآمد فردی/خانواده و اقامت منجر به رد شدن تقاضانامه شما خواهد شد. اگر کمک هزینه مالی برای شما رد شود، تراز معوقه به عنوان مسئولیت بیمار باقی خواهد ماند و بیانیه های صورت حساب بیماران برای مبلغ بدهکار را دریافت خواهید کرد.

لطفاً 30 روز زمان بدهید تا تیم ما بررسی کند و صلاحیت شما برای کمک هزینه مالی را تعیین کند. در این مدت، ممکن است مدارک بیشتری درخواست و ارائه شود. طی این دوره 30 روزه که در الزامات سیاست مساعدت مالی Inova تعریف شده است، یک نامه تصمیم گیری از طریق پست سفارشی برای شما ارسال خواهد شد و/یا در MyChart قابل مشاهده خواهد بود.

برای سوالات، لطفاً با تیم مساعدت مالی Inova تماس بگیرید: 571-472-5880.

## نحوه ارسال تقاضانامه کمک هزینه مالی تکمیل شده/امضاشده شامل گواهی درآمد و اقامت

### MyChart

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را در MyChart آپلود کنید:

در MyChart وارد سیستم شوید یا یک حساب ایجاد کنید: <https://mychart.inova.org/mychart>

1. پس از ورود به سیستم، به منوی گوشه راست بالای صفحه اصلی پیمایش کنید.
2. به پایین صفحه به دسته بندی "Billing" (صورت حساب) بروید و "Financial Assistance" (کمک هزینه مالی) را انتخاب کنید.
3. همه صفحه ها را تکمیل کنید و تقاضانامه تکمیل و امضاشده و همچنین مدارک الزامی درآمد و اقامت خود را به ترتیب معینی که درخواست می شود آپلود کنید.
4. پس از اینکه همه مدارک آپلود شد و کادرهای مربوطه در هر صفحه پر شد، روی "Submit" (ارسال) کلیک کنید.

سپس، تیم پردازش بررسی پرونده شما را شروع خواهد کرد و وضعیت ثبت و رأی تأیید یا رد شما را اطلاع رسانی خواهد کرد، یا در صورت نیاز، مدارک بیشتری درخواست خواهد کرد.

### پست

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را به این نشانی پست کنید:

Inova Patient Financial Services  
Rev Cycle Financial Assistance Department : حضور  
8095 Innovation Park Drive  
Fairfax VA 22031  
این مکان مراجعات سرزده بیماران را قبول نمی کند.

### نمابر

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را به این نمابر ارسال کنید:

ش نمابر: 571-665-6895  
حضور: Rev Cycle Financial Assistance Department

### تحويل حضوری

تقاضانامه تکمیل و امضاشده و تمامی مدارک اقامت و درآمد را به این نشانی تحويل دهید:

Inova Partnership for Healthier Communities  
2700 Prosperity Ave., #280  
Fairfax VA 22031  
دوشنبه تا جمعه 8:30 ق.ظ - 5:00 ب.ظ  
(کمک حضوری از دوشنبه تا جمعه 8:30 ق.ظ - 12:00 ب.ظ در دسترس است.)