

طلب الحصول على معونة مالية للمرافق في كولورادو ومونتانا

يتم إرسال المعلومات إلى:
500 El Dorado Blvd Ste 4300
Broomfield, Co 80021
فاكس: 303-272-0931
البريد الإلكتروني: Peaks_financialassistanceapps@imail.org

تعليمات الكمال هذا النموذج:

رعاية جميع المستندات المطلوبة إلى شركة Intermountain التي تطلب فيها الرعاية أو عبر إحدى وسائل الاتصال المذكورة أعلاه لعلامة طلب. يترك أي "يرجى ملء هذا النموذج" لملءه الطبي أو رمز الـ ICD-9 على القيد. يرجى تقديم المستندات التالية:

طلب عبر الإنترنت من خلال MyChart. إن لم يكن متاحًا

1. طلب الحصول على معونة مالية: تم إكماله وتوقيعه وتاريخه.
2. إثبات دخل الأسرة الحالي الموضح أدناه.

رقم الحساب	عدد أفراد الأسرة الحالي	هل تعلى من التشرذ؟ نعم _____ ال _____	هل أنت مقيم في كولورادو؟ نعم _____ ال _____
------------	-------------------------	--	--

تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم الأول والخير
---------------	----------------------	--------------------

الحالة الاجتماعية: _____ البريد الإلكتروني: _____ هاتف المنزل: _____ رقم الهاتف الجوال: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
اسم جهة العمل: _____ هاتف العمل: _____

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ _____ سنوات _____ أشهر
معدل الدفع (ترجى الإشارة إليه) أسبوعياً _____ مرة كل أسبوعين _____ مرتين في الشهر _____ شهرياً

منذ متى وأنت تقيم في هذا العنوان؟ _____ سنوات _____ أشهر إذا كنت تقيم فيه منذ أقل من ثلاثة أشهر، فـ يرجى إدراج العنوان:

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	من (شهر/سنة)	إلى (شهر/سنة)

تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة	رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة	اسم الزوج/الزوجة:
--------------------------	-----------------------------------	-------------------

هاتف المنزل الخاص بالزوج/الزوجة _____ الهاتف الخليوي الخاص بالزوج/الزوجة _____
اسم جهة عمل الزوج/الزوجة _____ هاتف العمل _____

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ _____ سنوات _____ أشهر
معدل الدفع (ترجى الإشارة إليه) أسبوعياً _____ مرة كل أسبوعين _____ مرتين في الشهر _____ شهرياً

أفراد الأسرة/المعالون الإضافيون. يرجى إضافة أي معالين إضافيين في نموذج منفصل.

الاسم الأول والخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة

دخل الأسرة الشهري الحالي

النوع	دخل المريض	دخل الزوج/الزوجة	فرد/أفراد آخرين بلغن في الأسرة	نوع إثبات الدخل المطلوب
دخل العمل (الإجمالي)	دوالر	دوالر	دوالر	برخطاب إخطابات (من جبة العمل الدخل الشهر الماضي أو الحالي نسخة من مكاتبات العمل) بوضع إجمالي
دخل العمل الحر (الإجمالي)	دوالر	دوالر	دوالر	موازنة أو دفتر الحسابات الشهر السابق أو الحالي التوازن الضريبي الحالي إذا كان ذلك متاحاً.

قيمة الدخل من المعاش/التقاعد/الضمان الاجتماعي	دوالر	دوالر	دوالر	إخطابات (الموافقة الطبي، ومفوعات المعاش، والمفوعات من نسخة من طبي حسابات التقاعد، وما إلى ذلك عرض النخل الشهري.
البطالة، ودخل المعجز، وما إلى ذلك	دوالر	دوالر	دوالر	نسخة من خطاب إخطابات (الموافقة الطبي
إدراج المصدر/المصادر: (غير ك) يرجى	دوالر	دوالر	دوالر	مُن: الكراميت، والتكف، والمعوات

اسئلة إضافية: تضمن الإجابة عن هذه الاسئلة عدم تأخير معالجة طلبك للحصول على مزيد من المعلومات.		نعم	ال
هل تتلقى أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك معونات عامة؟ (مثل قسائم الطعام أو برنامج تغذية النساء والرضع والطفال) (WIC) أو وجبات غداء مجانية أو بأسعار مخف (صحة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل لديك أو لدى أي فرد من أفراد أسرتك تأمين صحي حال حيا؟	<input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة نعم، ف يُرجى إدراج اسم شركة التأمين _____	<input type="checkbox"/>
هل تقدمت أنت أو أي من أفراد أسرتك الحاليين بطلب للحصول على خدمات برنامج Medicaid أو Medicare أو برنامج التأمين الصحي للطفال (CHIP) أو خطة رعاية صحة الطفال الإضافية (CHP+)؟	<input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة نعم، ف يُرجى ذكر تاريخ تقديم الطلب _____	<input type="checkbox"/>
هل كنت الإجابة نعم وتم الرضخ، يُرجى تقديم خطاب الرضخ			
هل تتعلق أي من فواتيرك الطبية في مرافقتنا بجادث سيارة أو جادث عمل؟	<input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة نعم، ف يُرجى ذكر شركة التأمين _____	<input type="checkbox"/>
هل أنت مسجل في خطة مشاركة التكاليف الطبية أو تقاسم النفقات الصحية؟	<input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة نعم، ف يُرجى تقديم شرح لكيفية مشاركة التكاليف (EOS)	<input type="checkbox"/>
هل توجد أي امرأة حامل في منزلك حال حيا؟	<input type="checkbox"/>	من هي المرأة الحامل في أسرتك؟ _____	<input type="checkbox"/>
ما موعد الولادة المتوقع؟		_____	
للمقيمين في كولورادو فقط:			
هل تقدم دعوما مال حيا بنسبة 50% أو أكثر لشخص يعيش خارج منزلك ويرغب في احتسابه ضمن أفراد الأسرة (قد يكون الفرد مقي حيا خارج الولاية/البلاد)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نطلب من المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على معونة مالية البحث عن مصدر تمويل آخر أيضا. يُرجى تحديد "نعم" أو "ال".

نعم ال. إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر شركة التأمين: _____
 نعم ال. إذا كانت الإجابة نعم، ف يُرجى تقديم شرح لكيفية مشاركة التكاليف (EOS)
 نعم ال

هل ترجع أي من فواتيرك الطبية في مرافقتنا إلى جادث سيارة أو جادث عمل؟
هل أنت مسجل في خطة مشاركة التكاليف الطبية؟
هل تقوم جهة العمل بتعويضك عن أي خصومات أو تكاليف رعاية صحية؟

نعم ال. انتقل إلى المربع أعلاه

هل تقدمت بطلب للحصول على أي برامج مساعدة أخرى من الولاية، مثل ضحايا الجرائم،

إذا لزم الأمر، فاستخدم المساحة أدناه لمزيد من التوضيح حول سبب طلبك للمعونة المالية. ويجوز لك إرفاق ورقة منفصلة إذا احتجت إلى مساحة أكبر. وقد يُطلب منك تقديم مستندات إثبات إضافية.

بأن المعلومات الواردة هنا حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأعي أنني إذا قمت بالتخلي أو تقديم معلومات خاطئة للحصول على معونة مالية من Intermountain أقر بموجب هذا أنه Health نسيب رفض الطلب وقد يؤثر ذلك على أي طلبات مستقبلية للحصول على معونة. أعي أن Intermountain Health تستلزم تقديم إثبات للدخل قبل اتخاذ أي قرار.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

قائمة التحقق من جميع المعلومات المطلوبة الكمال عملية تقديم الطلبات:

- تم إكمال طلب الحصول على معونة مالية وتوقيعه وتاريخه.
 إثبات دخل الأسرة.