

هدف Hoag به عنوان یک بیمارستان غیرانتفاعی و مذهبی، ارائه با کیفیت ترین خدمات مراقبت از سلامت به انجمن های تحت سرویس دهی آن است. سیاست های کمک مالی ما نشان دهنده تعهد ما به بیمارانی است که در بیمارستان ها یا دیگر مراکز بیمارستانی ما به دنبال درمان خود هستند. یکی از اصلی ترین بخش های اجرای تعهداتمان این است که فرصت هایی را در اختیار بیمارانمان قرار دهیم تا کمک مالی برای خدمات مراقبت از سلامت دریافت کنند.

به پیوست این نامه یک فرم درخواست برای تعیین واجد شرایط بودن برای Financial Assistance Program Hoag (برنامه کمک مالی) ارائه شده است. اگر شرایط مالی شما طوری است که از معیارهای تعیین شده در سیاست مالی Hoag برای واجد شرایط بودن برخوردار هستید، ممکن است بخشی یا کل بدهی شما بخشیده شود. برای بررسی این امر و تعیین واجد شرایط بودن شما در کنار فرم درخواست به موارد زیر نیز نیاز است:

- فرم درخواست پیوست شده به طور کامل تکمیل شود
- باید فرم درخواست کمک مالی را امضا کرده و تاریخ را در آن درج کنید. اگر بیمار/ضامن و/یا همسر او اطلاعات را ارائه می کند، هر دو نفر باید این فرم درخواست را امضا کنند.
- کپی جدیدترین چک پرداخت کرایه لغو شده، قرارداد رهن یا پرداخت رهن
- کپی دو (2) فیش حقوقی یا W2 آخر در رابطه با درآمد اعضای خانواده
- کپی دو (2) صورت حساب بانکی جدید (حساب های پس انداز/جاری مشترک)

#### 1. لطفاً همه صفحه ها را ارائه کنید

- کپی اعلامیه ناتوانی، پرداخت تأمین اجتماعی، اعلامیه بیکاری در مورد مزایای واجد شرایط، بازنشستگی، مستمری، اعلامیه دریافت سود و بهره بانکی و صورت حساب سپرده ها
- اگر منبع درآمد یا گواهی اثبات کننده درآمد ندارید، لطفاً در نامه ای توضیح دهید که چطور هزینه خودتان و خانواده تان را تأمین می کنید و آن را امضا کنید.
- اظهارنامه کتبی و امضا شده توسط یکی از اعضای خانواده یا دوستتان که اتاقی در اختیار شما قرار داده و/یا درآمدی را به شما اختصاص داده است.
- کپی جدیدترین فرم برگشت مالیاتی 1040، از جمله کلیه پیوست ها و زمانبندی های کاربردی که برای (IRS)، سرویس درآمد داخلی) ارسال شده است

- اگر جدیدترین فرم برگشت مالیاتی 1040 را ارائه نمی کنید، به یکی از موارد زیر نیاز خواهیم داشت:

- نامه پاداش تأمین اجتماعی
- گواهی عدم ارائه صورت وضعیت مالیاتی از IRS (برای دریافت یک کپی با شماره 800-829-1040 تماس بگیرید)
- در نامه ای توضیح دهید که چرا فرم برگشت مالیات فدرال را امضا نکرده اید یا درخواست فرصت بیشتر برای پرداخت مالیات کرده اید و این نامه را امضا کنید.
- اگر به صفحه اضافی و فضای بیشتر برای پاسخگویی به هرکدام از سؤال ها نیاز دارید، یک صفحه دیگر اضافه کنید

ما فکر می کنیم که درآمد شما در سوابق مالیاتی قبلی به درستی نشان دهنده وضعیت فعلی شما نیست. در این صورت لطفاً توضیح کوتاهی ارائه کنید و بگویید که وضعیت مالی فعلیتان چطور است.



درآمد: نشان دهنده کل رسیده‌های نقدینگی دریافتی از همه منابع قبل از مالیات.

درآمد خالص ماهیانه همسر

درآمد خالص ماهیانه خودتان

	درآمد خالص		درآمد خالص
	SSI/SSDI/Social Security		شماره تأمین اجتماعی/SSI/SSDI
	کمک عمومی		کمک عمومی
	درآمد حاصل از اجاره ملک		درآمد حاصل از اجاره ملک
	بازنشستگی/مستمری		بازنشستگی/مستمری
	جبران خسارت کارگری		جبران خسارت کارگری
	بیکاری		بیکاری
	حمایت فرزند		حمایت فرزند
	سایر موارد		سایر موارد
	مقدار کل		مقدار کل

درآمد ترکیبی خالص ماهیانه:

	طرح بازنشستگی		نقدینگی		حساب جاری
	ارزش خالص ملک		حساب Trust		پس انداز
	سایر موارد		اتحادیه اعتباری		سهام/اوراق قرضه
بیمه سلامت	بیمه عمر		بیمه ماشین		پرداخت هزینه منزل/کرایه
آب و فاضلاب	غذا		تلفن ثابت/همراه		مالیات بر دارایی
هزینه های پزشکی	هزینه مهدکودک		هزینه خودرو		بیمه اموال
سایر موارد/مشخص کنید:	هزینه حمایت فرزند		هزینه خودرو		گاز
					برق
	مقدار کل				

(یعنی 2 گواهی حقوقی برای هر فردی که دستمزد دارد، Social Security (SS)، شماره تأمین اجتماعی)،  
Social Security Disability (SSDI) Supplemental Security Income (SSI)، درآمد تکمیلی اجتماعی)،  
Insurance (SSDI)، ناتوانی شماره تأمین اجتماعی)، کمک عمومی، درآمد حاصل از کرایه، بیکاری،  
مستمری، مزایای VA، بیکاری، جبران خسارت کارگری، حمایت فرزندان، نفقه یا دیگر موارد)

گواهی درآمد \_\_\_\_\_

کپی جدیدترین فرم برگشت مالیاتی 1040، از جمله کلیه پیوست ها و زمانبندی های کاربردی \_\_\_\_\_

کپی دو (2) صورتحساب بانکی (سپرده/جاری) از همه صفحات. \_\_\_\_\_

کپی جدیدترین چک پرداخت کرایه لغو شده، قرارداد رهن یا پرداخت رهن \_\_\_\_\_

اظهارنامه کتبی یکی از اعضای خانواده یا دوستان که اتاقی در اختیار شما قرار داده و/یا درآمدی را به شما اختصاص داده است. \_\_\_\_\_

### تخصیص حقوق

با امضای این فرم، من اعلام می کنم که با اطلاع از قانون مجازات دروغ، کلیه اطلاعات و اظهارات عنوان شده در این فرم درخواست کمک مالی و کلیه اسنادی که ارسال کرده ام همگی صحیح و دقیق هستند. شما در اینجا به ما اجازه می دهید که این درخواست را برای بررسی واجد شرایط بودن برای کمک مالی مورد ارزیابی قرار دهیم.

من می دانم که Hoag Hospital در صورت لزوم درخواست می کند اطلاعات و تأییدیه های بیشتری در اختیارش قرار بگیرد.

من می دانم که اطلاعات و اظهارنامه هایی که ارائه کرده ام به صورت محرمانه توسط Hoag Hospital حفظ می شوند.

من می دانم که تکمیل این فرم درخواست به Hoag امکان می دهد شرایط من را مورد بررسی قرار دهد.

من می دانم که Hoag هیچ اظهاری نکرده است مبنی بر اینکه کمک مالی حتماً به صورت تضمینی ارائه خواهد شد.

من/ما در اینجا تأیید می کنم/می کنیم که اطلاعات عنوان شده در بالا صحیح هستند و به صورت داوطلبانه به شما اجازه می دهم/می دهیم که اطلاعات اعتباری مرتبط با من/ما را به دست بیاورید.

امضا \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

امضا \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_