

پیوست ب

تاریخ سررسید:

تاریخ:

نام بیمار:

#MRN /HAR

موعده پرداخت باقیمانده

جناب آقای/سرکار خانم

بابت انتخاب UCLA Health (نظام بهداشتی درمانی UCLA) به عنوان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی خود از شما سپاسگزاریم.

تمامی بیماران باید برای قبل از لحاظ کردن وجوه Charity Care برای Medi-Cal درخواست دهند.

برای تعیین صلاحیت دریافت کمک مالی، لازم است اطلاعات زیر طی 15 روز از تاریخ این نامه در دفتر ما دریافت شود.

اگر تمامی اطلاعات درخواستی در بازه زمانی مذکور دریافت نشود، درخواست کمک مالی رد خواهد شد. تا زمانی که درخواست شما در حال بررسی برای رد یا پذیرش است، از نظر مالی شما مسئول پرداخت هزینه باقیمانده هستید.

- دو گواهی حقوقی آخر خود (شامل کل درآمدها از شروع سال تا تاریخ صدور گواهی)
- مدارک مربوط به کمک هزینه فرزند / درآمد/پرداخت نفقه (در صورت وجود).
- مدارک مربوط به درآمد معلولیت / بیکاری (در صورت وجود).
- اظهاریه رسمی حمایت غیرنقدی
- اظهاریه بازپرداخت مالیات بر درآمد اضافی دو سال اخیر شامل ضمیمه‌های برنامه زمانی (نسخه کپی)
- نامه تأییدیه یا رد Medi-Cal
- صورتحساب کامل بانکی 2 ماه اخیر
- گواهی هزینه بالای پزشکی (برای اطلاع از توضیحات بخش زیر را ببینید)
- سایر: _____

اگر مبلغ باقیمانده بدهی شما پس از بیمه باشد، باید گواهی هزینه بالای پزشکی را ارائه دهید. هزینه بالای پزشکی شامل تمامی هزینه‌های پزشکی می‌شود که پرداخت کرده اید و معادل 10% درآمد سالانه خانوار شماست. گواهی هزینه پزشکی باید به صورت قبض دریافتی یا پرداختی طی 12 ماه اخیر باشد.

اگر پرسش یا نگرانی داشتید، لطفاً حتماً با اداره خدمات تجاری بیماران ما به شماره (310) 825-8021 از دوشنبه تا جمعه از 7:30 صبح الی 4:30 بعدازظهر تماس بگیرید.

Patient Business Services
10920 Wilshire Blvd., Suite 1600
Los Angeles, Ca 90024

لطفاً مدارک را به آدرس زیر پست کنید یا تحویل دهید:

لطفاً توجه داشته باشید: **UCLA Health** این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که صحت تمامی اطلاعات ارائه شده را از طریق بررسی پیشینه و/یا تحقیقات محلی بررسی نماید. برای اطمینان از تحویل مدارک به آدرس فوق الذکر، لطفاً حتماً مدارک خود را از طریق پست سفارشی ارسال نمایید.

فرم اطلاعات مالی بیمار
UCLA HEALTH - PATIENT BUSINESS SERVICES

لطفاً این کاربرگ را تکمیل نمایید و در اسرع وقت به اداره UCLA Medical Center Patient Business Service برگردانید تا صلاحیت شما برای دریافت کمک مالی را بررسی کنیم.

نام بیمار: _____ شماره حساب #: _____

نام و آدرس شما (شامل کشور): _____

شماره تلفن (شماره‌های مناسب برای تماس در طول روز را ذکر کنید)

منزل: _____ کار شما: _____
کار همسر شما: _____

شماره تأمین اجتماعی شما: _____ همسر/کفیل شما: _____

تاریخ تولد شما: _____ همسر/کفیل شما: _____

کارفرما یا محل کسب و کار شما (نام و آدرس)/کارفرما یا محل کسب و کار همسر شما (نام و آدرس): _____

سن و نسبت افرادی که با شما زندگی می‌کنند (فقط افراد تحت تکفل): _____

حساب‌های بانکی (شامل پس انداز، مؤسسات اعتباری، حساب‌های بازنشستگی شخصی، و غیره): _____

نام مؤسسه	آدرس	نوع حساب #	شماره حساب	مانده حساب
(ا)				
(ب)				

اموال غیر منقول: _____
آدرس (شامل کشور) _____ ارزش فعلی _____ مانده وام _____ تاریخ بازپرداخت کامل وام _____

(ا)
(ب)

وسایل نقلیه: _____
سال ساخت و مدل، شماره پلاک # _____ ارزش فعلی _____ مانده وام _____ تاریخ بازپرداخت کامل وام _____

(ا)
(ب)

سایر اموال شما یا اموالی که در حال خرید آن‌ها هستید (سهام، اوراق قرضه، قایق و غیره)
شرح _____ ارزش فعلی _____ مانده وام _____ تاریخ بازپرداخت کامل وام _____

فرم اطلاعات مالی بیمار
UCLA HEALTH - PATIENT BUSINESS SERVICES

درآمد ماهانه

*درآمد خالص شما (دو گواهی حقوقی اخیر خود را ضمیمه کنید) \$ _____
 *درآمد خالص همسر شما (دو گواهی حقوقی اخیر را ضمیمه کنید) \$ _____

اجاره‌بهای دریافتی شما \$ _____
 مستمری \$ _____
 تأمین اجتماعی \$ _____
 سود کسب و کار خود \$ _____
 کمسیون \$ _____
 سایر درآمدها (منبع: _____) \$ _____

_____ \$ **کل درآمد**

مخارج ماهانه

(هزینه‌ها باید با توجه به تعداد اعضای خانواده، موقعیت و شرایط منحصر به فرد آن، معقول و منطقی باشد)

اجاره بها \$ _____
 رهن \$ _____
 نفقه/کمک هزینه فرزند \$ _____
 خواروبار \$ _____

انشعابات رفاهی

_____ \$ (ا) برق
 _____ \$ (ب) نفت گرمایش/گاز طبیعی
 _____ \$ (ج) آب
 _____ \$ (د) تلفن
 _____ \$ حمل و نقل (خودرو، تاکسی، اتوبوس)
 _____ \$ پزشکی (هزینه‌ای که بیمه پوشش نمی‌دهد)

بیمه

_____ \$ (ا) خودرو
 _____ \$ (ب) درمانی
 _____ \$ (ج) عمر
 _____ \$ (د) مالک منزل/موجر

_____ \$ مالیات پرداختی تقریبی

فرم اطلاعات مالی بیمار
UCLA HEALTH - PATIENT BUSINESS SERVICES

وام خودرو/نام شرکت مالی، بانک و غیره.

1.

2.

3.

میزان پرداخت پرداخت اقساط/نام فروشگاه، بانک، کارت اعتباری، تاریخ پرداخت نهایی

_____ \$ 1.

_____ \$ 2.

_____ \$ 3.

سایر (توضیح دهید)

_____ \$

_____ \$ کل هزینه‌های ماهانه

_____ \$ کل مبلغ اقساط

سایر اطلاعات تکمیلی (هزینه‌های مورد انتظار در درآمد، درمان و غیره)

اینجانب بدینوسیله به UCLA Health اجازه می‌دهم که پیشینه اعتباری من را از طریق آژانس‌های گزارش‌دهی اعتباری برای صحت اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام، بررسی کند.

_____ امضا تاریخ _____

_____ همسر/کفیل تاریخ _____