

گروه پزشکی UCLA
PO Box 240005
Village Station
Los Angeles, CA 90024

بیمار عزیز،

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

این تقاضای تنگدستی مالی برای خدمات پزشکی است که تنها پزشک(ان) شما ارائه می‌کنند، و شامل هزینه‌های تسهیلاتی مندرج در صورت‌حساب بیمارستان نمی‌شود. موارد زیر مشمول تقاضای تنگدستی مالی نمی‌شوند:

- خدمات زیبایی
- پرداخت دسته‌ای نقدی (پرداخت نقدی هماهنگ شده خدمات)
- بدهی شخص ثالث

برای تعیین صلاحیت شما در رابطه به کمک هزینه تنگدستی مالی، لطفاً مدارک لازم را به اداره ما ارسال کنید. تا زمانی که درخواست شما در حال بررسی است، از نظر مالی شما مسئول پرداخت هزینه باقیمانده هستید:

مدارک مورد نیاز:

- کاربرگ مالی شخصی تکمیل شده (در زیر پیوست شده است)
- دو گواهی حقوقی آخر خود
- مدارک مربوط به کمک هزینه فرزند یا درآمد/پرداخت نفقه (در صورت وجود)
- مدارک مربوط به درآمد معلولیت یا بیکاری (در صورت وجود).
- اظهاریه رسمی حمایت غیرنقدی (در صورت وجود)
- یک نسخه از اظهاریه مالیات بر درآمد امضا شده سال گذشته
- نامه عدم پذیرش Medi-Cal (تنها در زمانی که بیمه ندارید)
- دو صورت‌حساب بانکی اخیر
- گواهی هزینه بالای پزشکی (برای اطلاع از توضیحات بخش زیر را ببینید)
- اگر مبلغ باقیمانده، بدهی شما پس از بیمه باشد، باید گواهی هزینه بالای پزشکی را ارائه دهید. اگر هزینه‌های پزشکی پرداختی شما برابر یا بیشتر از 10% درآمد سالیانه خانوادتان باشد، واجد شرایط کمک هزینه بالای پزشکی (High Medical Cost) خواهید شد. گواهی هزینه پزشکی باید به صورت قبض دریافتی طی 12 ماه اخیر باشد.

لطفاً مدارک را به آدرس فوق با گیرنده ذیل پُست نمایید: **Guarantor Unit Financial Hardship Division**.

اگر پرسش یا کمک بیشتری نیاز داشتید، می‌توانید با ما به شماره 310.301.8860 از 7:00 صبح الی 7:00 عصر، از دوشنبه تا جمعه، به جز روزهای تعطیل، تماس بگیرید. شما می‌توانید اطلاعات را به ما به شماره 310.301.8878 فکس نمایید.

با احترام،

Physicians Billing Office (اداره صدور صورت‌حساب)

UCLA Health اکنون سایت پرداخت آنلاین ایمن و راحت صورت‌حساب را در دسترس بیماران قرار داده است تا شما بتوانید از طریق آن پرداخت انجام دهید، صورت‌حساب‌های خود را ببینید یا تاریخچه پرداخت خود را بازبینی کنید.

از وبسایت billing.uclahealth.org دیدن کنید

لطفاً توجه کنید: UCLA Faculty Practice Group این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که صحت تمامی اطلاعات ارائه شده را از طریق بررسی پیشینه و/یا تحقیقات محلی بررسی نماید.

لطفاً این کاربرگ را تکمیل نمایید و طی 30 روز به ما برگردانید.

نام بیمار:	شماره کفیل:
------------	-------------

نام و آدرس شما (شامل کشور):

--

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

محل کار:	منزل:
----------	-------

شماره تأمین اجتماعی:

همسر/بیمار:	کفیل/متقاضی:
-------------	--------------

تاریخ تولد:

کفیل/متقاضی:	همسر/بیمار:
--------------	-------------

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

کارفرما یا محل کسب و کار کفیل/متقاضی (نام و آدرس):

--	--

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

نام	سن	نسبت

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

نام سازمان:	آدرس:	نوع حساب:	مانده:	شماره حساب:
(a)				
(b)				
(c)				

املاک غیرمنقول:

نام و آدرس (شامل کشور):

ارزش فعلی:	بدهی مانده وام:	تاریخ بازپرداخت کامل وام:
(a)		
(b)		

وسایل نقلیه:

سال ساخت و مدل، شماره سند:	ارزش فعلی:	بدهی مانده وام:	تاریخ بازپرداخت کامل وام:
(a)			
(b)			

سایر دارایی‌ها (سهام، اوراق قرضه، قایق و غیره):

توضیحات:	ارزش فعلی:	بدهی مانده وام:	تاریخ بازپرداخت کامل وام:
(a)			
(b)			

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
	تامین اجتماعی:
\$	سود کسب و کار شما
\$	حق الزحمه
\$	سایر درآمدها
	کل درآمد
	مخارج ماهانه

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

\$	اجاره‌بها
\$	رهن
\$	نقشه/کمک هزینه فرزند
\$	خوروبار
	انشعابات رفاهی
\$	(a) برق
\$	(b) نفت گرمایش/گاز طبیعی
\$	(c) آب
\$	(d) تلفن
\$	حمل و نقل (خودرو، تاکسی، اتوبوس)
\$	پزشکی (هزینه‌ای که بیمه پوشش نمی‌دهد)
	بیمه
\$	(a) خودرو
	(b) درمانی
\$	(c) عمر
\$	(d) مالک/مستاجر
\$	برآوردی مالیات پرداختی

وام خودرو/نام شرکت مالی، بانک و غیره.

1.	
2.	
3.	

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

1.	\$
2.	\$
3.	\$

\$	سایر (توضیح دهید)
\$	کل مخارج ماهانه
\$	کل مبلغ اقساط

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

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

تاریخ

امضا

--	--

تاریخ

امضای همسر/کفیل

--	--