



1. لطفاً تمام قسمت های فرم درخواست پیوست را تکمیل کنید. اگر قسمتی هست که شامل حال شما نمی شود، در فضای موجود بنویسید N/A (مصدق ندارد).
2. اگر برای پاسخ دادن به سؤالات نیاز به فضای بیشتر داشتید می توانید یک برگ کاغذ اضافه ضمیمه کنید.
3. هنگام ارسال این فرم درخواست باید مدارک نشان دهنده درآمد خود را نیز ضمیمه کنید. مدارک زیر بعنوان مدرک درآمد قابل قبول هستند:
اگر اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تسلیم کرده اید باید یک نسخه از این مدارک را ارسال کنید:
 - a. فرم اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (فرم 1040) اخیرترین سال. شما باید تمام جداول و ضمائم را که برای Internal Revenue Service ارسال کرده اید ضمیمه نمایید.
 - ب. اگر اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تسلیم نکرده اید باید این مدارک را ارائه کنید:
 - a. دو (2) فیش آخر حقوق؛ و
 - b. یک نامه حاوی توضیحات شما برای تسلیم نکردن اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال.
- اگر درآمد ندارید، یا مدارک نشان دهنده درآمد را در اختیار ندارید، لطفاً در یک نامه توضیح دهید که چگونه مخارج خود/خانواده را تأمین می کنید.
4. اگر تمام اطلاعات لازم را ارائه نکنید، نمی توانیم به درخواست کمک شما رسیدگی کنیم.
5. بسیار مهم است که ظرف مدت **چهارده (14) روز** فرم درخواست کمک مالی را تکمیل و آنرا به همراه تمام ضمیمه های مورد نیاز ارسال کنید.
6. شما باید فرم درخواست کمک مالی را امضاء کرده و تاریخ بزنید. اگر بیمار/طرف مسئول و همسر اطلاعات ارائه می کنند، هر دو باید فرم را امضاء کنند.
7. اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا پنجشنبه از ساعت 9:00 صبح تا 5:00 عصر و روزهای جمعه از ساعت 9:00 صبح تا 2:00 عصر (به استثنای روزهای آخر هفته و تعطیلات عمومی) با Patient Business Office به شماره 651-4177 (909) تماس حاصل نمایید. در روزهای آخر هفته، تعطیلات عمومی و خارج از ساعات کاری می توانید برای دریافت کمک با یکی از نمایندگان ثبت نام تماس بگیرید.
8. فرم تکمیل شده درخواست کمک مالی و تمام مدارک لازم را به این آدرس ارسال کنید:

Loma Linda University Medical Center
 Patient Business Office
 P.O. Box 700
 Loma Linda, CA 92354



دستورالعمل های درخواست کمک مالی

هدف از این فرم تعیین صلاحیت بیمار/طرف مسئول برای دریافت کمک مالی بر اساس سیاست مراقبت های خیریه/پرداخت تخفیفی Loma Linda University Medical Center Charity Care می باشد.

| | |
|---|------------------------------|
| نام بیمار/طرف مسئول (ضامن) | نام همسر |
| آدرس | شماره تلفن منزل: محل کار: |
| شماره سوشال سکيوریتی بیمار/طرف مسئول | همسر |

وضعیت خانوادگی (لطفاً تمام وابستگان تحت حمایت خود را ذکر کنید)

| نسبت | سن | نام |
|------|----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|--|
| وضعیت اشتغال بیمار/طرف مسئول کارفرما | |
| بیمار/طرف مسئول سمت کارفرما | |
| شخص مسئول جهت تماس مشخصات تماس کارفرما شماره تلفن کارفرمای همسر سمت همسر کارفرما | |
| شخص مسئول جهت تماس مشخصات تماس کارفرما شماره تلفن | |

مشخصات بیمار

Loma Linda University Medical Center

دستورالعمل های درخواست کمک مالی

صفحه 2 از 3

19-0332 (2-15)



عایدی و درآمدها

| بیمار/ضامن | همسر |
|------------|------|
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |
| \$ | \$ |

1. حقوق و دستمزد ناخالص/سال (قبل از کسورات)
 2. درآمد حاصل از خوداشتغالی (کار آزاد)/سال
 3. درآمدهای دیگر:

a. سود پول و سود سهام
 b. سود پول و سود سهام
 c. تأمین اجتماعی
 d. نفقه
 e. پشتیبانی کودکان
 f. مزایای بیکاری/معلولیت و ازکارافتادگی
 g. کمک های عمومی
 h. تمام منابع دیگر (لطفاً یک فهرست تهیه کرده و ضمیمه نمایید)

جمع درآمد (خطوط 1 - 3h فوق را با هم جمع کنید)

مخارج غیرمعمول

لطفاً اطلاعاتی درباره هرگونه مخارج غیرمعمول مانند صورتحساب های پزشکی، ورشکستگی، حکم های دادگاه یا پرداخت های مربوط به مصالحه ارائه کنید (در صورت نیاز یک فهرست تهیه کرده و ضمیمه نمایید).

| شرح | مبلغ |
|-----|------|
| | |
| | |
| | |

من/ما با امضای زیر اعلام می کنیم که تمام اطلاعات ارائه شده بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من/ما صحیح و درست می باشند. من/ما به LLUMC اجازه می دهیم که صحت تمام اطلاعات ذکر شده در این فرم درخواست را بررسی نماید. من/ما بدینوسیله اجازه می دهیم که با کارفرمای من/ما تماس گرفته شود.

امضای بیمار/طرف مسئول نسبت با بیمار تاریخ

امضای همسر تاریخ

