

درخواست دریافت کمک مالی

لطفاً مکان را برای خدمات انتخاب کنید (لطفاً همه موارد مرتبط را انتخاب کنید)

UVM Medical Center Porter Medical Center Central Vermont Medical Center

سرپرست خانواده / معلومات ضامن مالی

سرپرست خانواده

تاریخ تولد	نمبر سوشیال سکيوریتی	حالت مدنی	شماره تيلفون
آدرس	شهر	ایالت	کود پستی

اعضای خانواده

همه اعضای خانواده که در خانواده شما زندگی می کنند به شمول پارتنر خانگی تان را لست کنید. پارتنر خانگی یعنی کسی که همراه شما در یک رابطه متعهد زندگی می کند. پارتنر به معنی هم اتاقی نیست.

نام	تاریخ تولد	نمبر سوشیال سکيوریتی	نسبت

معلومات اضافی

آیا تحت پوشش بیمه صحتی هستید؟ اگر بله، معلومات ذیل را ارائه دهید:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام شرکت بیمه:	ID #:
آیا برای گرفتن بیمه Vermont یا New York Medicaid درخواست کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا برای گرفتن بیمه Vermont یا New York Health Exchange درخواست کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا در ورمونت زندگی می کنید، کار می کنید یا به مکتب می روید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

مصارف ماهانه

ما این معلومات را برای درک بهتر وضعیت مالی شما استفاده می کنیم

کرایه یا قرضه	:	\$	دوا	:	\$
مالیات ملکیت	:	\$	بیمه صحتی	:	\$
خدمات عامه (آب / برق)	:	\$	بل های مراقبت صحتی	:	\$
موتر (پرداخت های موتر)	:	\$	بیمه (موتر / ملکیت)	:	\$
مراقبت از طفل	:	\$	نقده طفل/ حمایت مالی طفل	:	\$
زندگی (غذا / گاز)	:	\$	دیگر	:	\$

استخدام

استخدام		
همسر / پارتنر خانگی	سرپرست خانواده / ضامن مالی	
		صاحبکار یا دایره بکشید اگر: (تقاعد شده / شاگرد / بیکار هستید)
عاید ماهانه		
عاید ناخالص	:\$:\$
عاید کار شخصی	:\$:\$
سوشیال سکيوریتی	:\$:\$
تقاعد / توزیع تقاعد	:\$:\$
معلولیت (به استثنای VA)	:\$:\$
بیکاری	:\$:\$
عاید از کرایه	:\$:\$
عاید سود سهام	:\$:\$
عواید دیگر:	:\$:\$
دارایی های نقد		
پول نقد / پس انداز / سرمایه گذاری		
همسر / پارتنر خانگی	سرپرست خانواده / ضامن مالی	
در حال بررسی	:\$:\$
پس انداز	:\$:\$
CD	:\$:\$
سهام / صندوق های مشترک سرمایه گذاری	:\$:\$
اوراق قرضه	:\$:\$
سالانه ها (اگر نقد باشد)	:\$:\$
مارکیت پول	:\$:\$
حساب امانی (اگر نقد باشد)	:\$:\$
دیگر:	:\$:\$
ملکیت اضافی		
(محل اقامت اصلی شما را شامل نمی شود)		
باقی مانده قرضه خانه	ارزش	
رخصتی / خانه دوم	:\$:\$
زمین	:\$:\$
ملکیت کرایه	:\$:\$
لطفاً هرگونه معلومات دیگر در مورد وضعیت فعلی مالی تان که میخواهید ما بدانیم، شامل کنید. مثل مشکل در پرداخت بل، کرایه یا غذا.		

درخواست را در صفحه ذیل تکمیل و امضا کنید

چک لیست اسناد

لطفاً درخواست تکمیل شده خود را همراه با اسناد ثبوت به برنامه های کمک مالی ما در شفاخانه پست کنید که خدمات صحتی خود را دریافت می کنید. واجد شرایط بودن برای کمک نظر به مجموعه از معیارها به شمول آزمون عاید و دارایی ها تعیین می گردد. برای این که درخواستی شما رسیدگی شود، لطفاً اسناد قابل مربوطه لست شده در ذیل را برای حمایت از نیاز مالی خود ارائه کنید.

عاید:

- تازه ترین اظهارنامه مالیات عاید فدرال
- به جای اظهارنامه مالیات عایدات فدرال، بدیل های لست شده در زیر را ارسال کرده می توانید:
 - استخدام شده/ کار شخصی
 - دو اظهارنامه مالیات عاید فدرال اخیر و پشت سر هم (برگه معاش)
 - تاییدیه کتبی عاید از یک صاحبکار (اگر عاید نقدی پرداخت می شود)
 - تاییدیه کتبی قرارداد کارگر مهاجر
 - تاییدیه کتبی Open-Door Clinic
 - سوشیال سکيوریتی: نامه تایید مزایای سال فعلی- یا آخرین اظهارنامه SSA - 1099
 - تقاعد/توزیع تقاعد: اظهارنامه مزایای فعلی - یا آخرین اظهارنامه R - 1099
 - بیکاری: اظهارنامه مزایای فعلی
 - عاید از کرایه: اظهارنامه سود و زیان سالانه اگر ملکیت در دارایی ها شامل نشود
 - اسناد کمک عامه (به طور مثال، Medicaid، فود استمپ ها و غیره)

دارایی های نقد:

- اظهارنامه فعلی از موسسه مالی شما برای:
 - در حال بررسی و پس انداز
 - سرتفیکیت سپرده (CD)
 - سهام / صندوق های مشترک / اوراق قرضه / مارکیت پول
 - سالانه ها، اگر نقد باشد
 - ملکیت اجاره ای (اگر عاید اجاره در اظهارنامه مالیات بر عاید فدرال شما مد نظر گرفته نشده باشد)

لطفاً به دقت بخوانید

من از شرکای ورمونت از University of Vermont Health Network درخواست کمک مالی می کنم. من تایید می کنم که همه معلوماتی که ارائه کرده ام دقیق و کامل است. University of Vermont Health Network مجوز من را برای تعقیب تایید معلومات مربوطه و تبادل معلومات درباره حساب ها، درخواستی ها و اسناد ثبوت من با ارائه دهندگان وابسته خود دارد. هر گونه معلومات غلط، ناقص یا نادرست ارائه شده ممکن است درخواستی من برای کمک مالی را لغو کند. من موافقت می کنم که اگر هر قسم پرداختی برای خدمات صحتی تحت پوشش این درخواست کمک مالی را دریافت کنم، کمک مالی را به طور مکمل تادیه کنم. کل معلومات ارائه شده تحت مقررات فدرال HIPAA محرمانه خواهند بود.

امضا سرپرست خانواده / ضامن مالی	تاریخ

لطفاً درخواست تکمیل شده خود را به آدرس زیر پست کنید. لطفاً مطمئن شوید که اسناد لازمی را ضمیمه به درخواست می کنید.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401