

دستورالعمل‌های تکمیل درخواست

1. دارای ستاره (*) را ارائه کنید. هر سؤال باید با اطلاعات مناسب درخواستی پاسخ داده شود. اگر سؤالی به شما مربوط نیست، در پاسخ «NA» بنویسید.
2. درخواست (مشاور مالی به شماره تلفن 9082811624 یا نماینده حسابداری به شماره 9082811621) در دسترس هستند.
3. ارد، لطفاً اطلاعات اضافی را در یک صفحه جداگانه بنویسید.
4. ت باید توسط خود بیمار یا توسط قیم قانونی بیمار یا وکیل وی یا نزدیکترین خویشاوند، در صورت وجود، امضا شود.

I. اطلاعات شناسایی

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| شماره ACCT بیمارستان | نام خانوادگی، نام، نام میانی بیمار | |
| اجازه | مالکیت | آدرس شماره پلاک و خیابان |
| مدت | شهر، ایالت، کدپستی | تلفن خانه |
| (شهر) | تلفن در طی روز | تلفن ثابت |
| لطفاً تأیید اقامت را ارائه کنید: یک کپی از گواهینامه رانندگی یا مکاتبات دارای تاریخ * | | |
| شماره تلفن | رابطه با بیمار | نام شخص مخاطب |
| شماره تلفن | رابطه با بیمار | نام شخص مخاطب |

II. همه افرادی که در یک خانوار زندگی می‌کنند، صدق می‌کنند. اگر بیش از چهار نفر در خانوار وجود دارد، لطفاً یک صفحه دیگر پیوست کنید.

| سرپرست خانوار | بیمار | فرد تحت تکفل 1 | فرد تحت تکفل 2 | فرد تحت تکفل 3 |
|--|---------|----------------|----------------|----------------|
| نام کامل | خود | | | |
| رابطه با بیمار | | | | |
| وضعیت تأهل | | | | |
| شماره تأمین اجتماعی | | | | |
| آیا مالیات بر درآمد فدرال را تسلیم کرده‌اید | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر |
| آیا مالیات بر درآمد ایالتی را تسلیم کرده‌اید - بلی/خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر |
| سال آخرین تسلیم (کپی ارائه کنید)* | سال | سال | سال | سال |
| اگر خیر، چه کسی شما را به عنوان فرد تحت تکفل دارد | | | | |

اطلاعات شغلی

| سرپرست خانوار | بیمار | فرد تحت تکفل 1 | فرد تحت تکفل 2 | فرد تحت تکفل 3 |
|--|-------|----------------|----------------|----------------|
| نام کارفرمای فعلی | | | | |
| شماره تلفن کارفرما | | | | |
| شغل | | | | |
| اگر شاغل نیستید، نام آخرین کارفرما را ارائه کنید | | | | |
| تاریخ برای آخرین شغل | | | | |

فرم شماره 991 (8/03)، بازبینی 6/28/04

درخواست برای مراقبت دلسوزانه - صفحه 2 از 2

*اطلاعات درآمد (کپی‌های کلی اطلاعات درآمد را ارائه کنید)

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------|
| الف. حقوق/دستمزد خالص | ث. بازنشستگی راه آهن | ز. مزایای SSI |
| ب. تأمین اجتماعی | ج. نفقه همسر/فرزند | ژ. سایر _____ |
| پ. درآمد سرمایه‌گذاری | چ. مزایای بیمار/مزایا | |
| ت. کمک هزینه بیکاری | ح. مزایای اتحادیه | |

از بین گزینه‌های بالا انتخاب کنید و در زیر هر ستون وارد کنید

| درآمد از منبع است | سرپرست خانوار | بیمار | فرد تحت تکفل 1 | فرد تحت تکفل 2 | فرد تحت تکفل 3 |
|--|---------------|-------|----------------|----------------|----------------|
| از بین دستبندی بالا انتخاب کنید | | | | | |
| *درآمد خالص (ماهانه) (کپی فیش پرداخت را ارائه کنید) | | | | | |
| *حساب جاری (اظهارنامه بانکی برای 3 ماه گذشته) | | | | | |
| *حساب قرض‌الحسنه (اظهارنامه بانکی برای 3 ماه گذشته) | | | | | |
| درآمد سود مشمول مالیات (لطفاً در صورت وجود توضیح دهید) | | | | | |
| *سایر میالغ منبع | | | | | |

هزینه‌ها

| سرپرست خانوار | بیمار |
|---|-------|
| | |
| *تسهیلات تلفن، برق یا گاز (قبض آخرین ماه) | |
| *تأییدیه اجاره/پرداخت برای آخرین ماه | |

اطلاعات بیمه (کپی‌های کارت‌های سنجاسایی بیمه را ارائه کنید)

| سرپرست خانوار | بیمار | فرد تحت تکفل 1 | فرد تحت تکفل 2 | فرد تحت تکفل 3 |
|---------------|---------|----------------|----------------|----------------|
| بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر |

از بین گزینه‌های زیر انتخاب کنید و دور هر بیمه خط بکشید

| من تحت پوشش بیمه زیر هستم | ا ب ج د ه و | ا ب ج د ه و | ا ب ج د ه و | ا ب ج د ه و | ا ب ج د ه و |
|---|----------------------|------------------------|-------------------|-------------|---------------|
| ا. Medicare بخش A | ب. کمک هزینه کارگران | ج. NEW JERSEY MEDICAID | د. Medicare بخش B | ه. CHAMPUS | و. سایر _____ |
| آیا بیمه سلامت | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر | بلی خیر |
| در 12 ماه گذشته قطع شده است؟ | | | | | |
| اگر بله، لطفاً بیمه را مشخص کنید | | | | | |
| اگر بله، تاریخ و دلیل خاتمه را ارائه کنید | | | | | |
| آیا برای NJ MEDICAID درخواست داده‌اید، اگر خیر، چرا | | | | | |

هر متقاضی باید عبارتهای زیر را بخواند و در ابتدای هر خط اظهار کند که عبارت را درک می‌کند و با آن موافق است

من می‌دانم عبارتهایی که در این فرم درج کرده‌ام، شرایط تأیید برای آنها صدق می‌کند _____

من اظهار می‌کنم که همه اطلاعاتی که در این درخواست درج کرده‌ام، طبق آگاهی و اعتقاد من صحیح و درست هستند. _____

من رضایت خود را به کلینیک CARRIER برای تماس با شخص (اشخاص) مندرج در این درخواست برای اطلاعات اضافی در صورت نیاز، اعلام می‌دارم _____

اظهارنامه حفظ محرمانگی: از اطلاعات شخصی درخواست شده در این فرم در تعیین صلاحیت شما برای مراقبت‌های بیمارستانی تحت وضعیت بومی استفاده می‌شود. با کلیه اطلاعات شخصی جمع‌آوری شده در این فرم، محرمانه رفتار خواهد شد.

امضا یا علامت: _____ تاریخ: _____

شاهد/نماینده مجاز: _____ تاریخ: _____