

برنامه کمک مالی (Financial Assistance Program)

customerservice@uvmhealth.org

برای تکمیل نمودن درخواست به کمک نیاز دارید: همراهی ما از طریق شماره 800-639-2719 به تماس شوید

درخواست کمک مالی			
لطفاً مکان خدمات را انتخاب نمایید (لطفاً همه موارد که تطبیق میگردند انتخاب نمایید)			
<input type="checkbox"/> Vermont مرکز طبی مرکزی	<input type="checkbox"/> مرکز طبی Porter	<input type="checkbox"/> UVM مرکز طبی	
معلومات سرپرست خانواده / ضامن مالی			
سرپرست خانواده	تاریخ تولد	شماره بیمه اجتماعی	حالت مدنی
			شماره تلفون
آدرس	شهر	ایالت	زپ کد
تعداد اعضای خانواده			
تمام اعضای خانواده را که در خانه شما زندگی می کنند، از جمله شریک خانگی خود را ذکر کنید. شریک خانگی به معنای شخصی است که با شما در یک رابطه متعدد / صمیمی زندگی می نماید.			
نام	تاریخ تولد	شماره بیمه اجتماعی	ارتباط
معلومات اضافی			
آیا تحت پوشش کدام پالیسی بیمه صحتی هستید؟ اگر بلی، معلومات ذیل را ارائه نمایید		بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
نام شرکت بیمه		شماره ای دی	
درخواست پوشش داده اید؟ New York Medicaid یا Vermont آیا برای		بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
درخواست داده اید؟ New York یا Vermont آیا برای پوشش با بورس صحتی		بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
زندگی می کنید، کار می کنید یا به مکتب می روید؟ Vermont آیا در		بلی <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
هزینه های ماهانه			
ما از این معلومات برای درک بهتر وضعیت مالی شما استفاده می نمایم			
کرایه یا گروهی	\$:	دواها	\$:
مالیه ملکیت	\$:	بیمه صحتی	\$:
مصارف (اب / برق)	\$:	بل مراقبت صحتی	\$:
وسيله نقلیه (پرداخت موتور)	\$:	(موتور / ملکیت) بیمه	\$:
مراقبت از طفل	\$:	نقغه / نفقه طفل	\$:
زندگی (غذا / گاز)	\$:	دیگر	\$:
لطفاً اگر معلومات دیگری در مورد وضعیت مالی فعلی شما وجود دارد که تمایل دارید ما بدانیم، صفحه دیگری را ضمیمه نمایید مانند مشکل در پرداخت بل، کرایه یا غذا.			
استخدام			
استخدام کننده یا حلقه کنید اگر: (متقاعد / متعلم / بیکار)	\$:	سرپرست خانواده / ضامن مالی	همسر / شریک خانگی
	\$:		\$:
عاید ماهوار			
معاش ناخالص	\$:		\$:
عاید کار آزاد	\$:		\$:
امنیت اجتماعی	\$:		\$:
جبران خسارت / توزیع تقاعد	\$:		\$:
(VA به استثنای) معلولیت	\$:		\$:
بی کار	\$:		\$:
عاید کرایه	\$:		\$:
عاید حاصل از مفاد سهام	\$:		\$:
عاید دیگر	\$:		\$:

درخواست را در سمت عقب ادامه دهید

سرمایه		
نقدی / پس انداز / سرمایه گذاری		
همسر / شریک خانگی	سرپرست خانواده / ضامن مالی	
	حساب جاری	:\$
:\$	حساب پس انداز	:\$
:\$	CD	:\$
:\$	سهام / صندوق های سرمایه گذاری مشترک	:\$
:\$	باندها	:\$
:\$	مجموع ثابت پول که به یک شخص در یک سال پرداخت میگردد	:\$
:\$	مارکیت پول	:\$
:\$	حساب اعتباری	:\$
:\$	دیگر:	:\$
ملکیت اضافی (شامل محل سکونت اصلی شما نمی شود)		
موجودی اجاره مسکن	ارزش	
:\$	رخصتی / خانه دوم	:\$
:\$	زمین	:\$
:\$	ملکیت کرایه	:\$
اسناد مورد نیاز		
(برای پروسس نمودن درخواست لازم است)		
<p>در صورت موجودیت اسناد دارایی مورد نیاز</p> <ul style="list-style-type: none"> • استیتمنت های بانک • صورت های حساب سرمایه گذاری • اظهارنامه اوراق قرضه • لایحه مالیات بر ملکیت ثانویه • بیانیه گروهی ملکیت ثانویه 	<p>در صورت موجودیت اسناد عاید مورد نیاز</p> <ul style="list-style-type: none"> • آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال • استیتمنت فایده یا تاوان • دو رسید اخیر معاش • نامه تایید فواید تامین اجتماعی • تایید کتبی عاید از استخدام کننده شما 	
لطفاً با دقت بخوانید		
<p>اجازه من را دارد که تایید معلومات مربوطه را دنبال کند و معلومات Vermont درخواست کمک مالی دارم. من تأیید می کنم که تمام معلوماتی که ارائه کرده ام دقیق و کامل میباشد. شبکه صحتی و معالجه پوهنتون Vermont شبکه صحتی پوهنتون Vermont من از شرکای مربوط به حساب های کاربری، درخواست و اسناد پشتیبانی من را با ارائه دهندگان وابسته خود تبادل کند. امکان دارد هرگونه معلومات نادرست، ناقص یا اشتباه ارائه شده درخواست من برای کمک مالی را لغو کند. در صورت دریافت هر نوع پرداختی برای خدمات طبی تحت مجاز است به فایل ها و گزارش های دفتر اعتباری در حال حاضر و در آینده برای اهداف جمع آوری دسترسی داشته باشد. این مجوز مطابق با Vermont پوشش این درخواست کمک مالی، با بازپرداخت کامل جایزه کمک مالی موافقت می نمایم. شبکه صحتی و معالجه پوهنتون محرمانه باقی خواهد ماند HIPAA داده شده است. تمام معلومات ارائه شده طبق مقررات فدرال VT از اساسنامه عنوان 9، بخش 2480</p>		

تاریخ

امضای سرپرست خانواده / ضامن مالی

... نظرات / معلومات اضافی که می خواهید به اشتراک بگذارید

لطفاً درخواست تکمیل شده خود را به شریک UVMHN که در درجه اول مراقبت خود را دریافت می کنید، از طریق پست ارسال کنید. لطفاً اطمینان حاصل کنید که اسناد مورد نیاز را به برنامه ضمیمه کرده اید

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

شماره فکس 802-847-7618

Porter Medical Center
Patient Financial Services Dept
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

شماره 802-355-5696

Central Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
PO Box 547
Barre, VT 05641

فکس کنید 802-371-5339 به شماره

