

د مالي مرستې پروگرام (Financial Assistance Program)

customerservice@uvmhealth.org

د غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لري. مور ته په 800-639-2719 زنگ ووهئ.



د مالي مرستې غوښتنلیک

مهرباني وکړئ د خدمتونو لپاره ځای غوره کړئ (مهرباني وکړئ هغه ټول انتخاب کړئ چې پلي کېږي)

UVM Medical Center

Porter Medical Center

Vermont Medical Center

د کور مشر / د مالي ضامن معلومات

د کور مشر	د زیږون نېټه	د ټولنیز امنیت #	مدني حالت	د تېلېفون شمېره
پته	ښار	دولت	زېږ کور	

د کورنۍ غړي

د کورنۍ شریک په ګڼون ستاسو په کور کې د کورنۍ ټولو غړو لیست جوړ کړئ. کورنۍ ملګری د هغه شخص په معنی دی چې تاسو سره په ژمنتیا / نژدې اړیکه کې ژوند کوي.

نوم	د زیږون نېټه	د ټولنیز امنیت #	اړیکه

نور معلومات

ایا تاسو د کومې صحتي بیمې پالیسي لاندې پوښلي یاست؟ که هو، لاندې معلومات ورکړئ:	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
د بیمې د شرکت نوم:	ID #:
د پوښنې لپاره غوښتنه کړې ده؟ New York Medicaid یا Vermont ایا تاسو د	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
د پوښنې لپاره غوښتنه کړې ده؟ New York Health Exchange یا Vermont ایا تاسو د	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
اوسیدونکی یاست، په کار ګمارل شوي، یا ښوونځي ته ځي؟ Vermont ایا تاسو د	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>

مېاشتنۍ لګښتونه

مور دا معلومات ستاسو د مالي وضعیت د ښه پوهېدو لپاره کاروو

کرایه یا ګروي	\$:	درملونه	\$:
د ملکیت مالیه	\$:	صحتي بیمه	\$:
(اسانتیاوي) اوبه / برقي	\$:	د روغتیايي پاملرنې بلونه	\$:
موټر (د موټر تادیه)	\$:	(بیمه) موټر / ملکیت	\$:
د ماشوم پاملرنه	\$:	نقشه / د ماشوم ملاتړ	\$:
ژوند کول (خوراک / کاز)	\$:	نور	\$:

مهرباني وکړئ یو اضافي پاڼه ضمیمه کړئ که چیرې ستاسو د اوسني مالي وضعیت په اړه نور معلومات شتون ولري چې تاسو غواړئ مور خبر شو. لکه د بلونو، کرایه، یا خواړو لپاره تادیه کول.

وظیفه

کارمند یا دایره ترې چاپیره کړئ که: (متقاعد / زده کونکی / وزګار)	\$:	د کورنۍ مشر / مالي تضمین کوونکی	\$:	میره یا میرمن / کورنۍ ملګری
---	-----	---------------------------------	-----	-----------------------------

مېاشتنۍ عاید

د مجموعي معاش تادیه	\$:		\$:
د خپل کاروبار عاید	\$:		\$:
ټولنیز امنیت	\$:		\$:
تقاعد / د تقاعد ویش	\$:		\$:
معلومات (VA) شامل نه دي	\$:		\$:
بی روزګاري	\$:		\$:
د کرایه عاید	\$:		\$:
د سوداګرۍ ګټي عاید	\$:		\$:
نور عاید:	\$:		\$:

په شا لوري غوښتنلیک ته دوام ورکړئ

شتمنی

نځدې / بچت / پانګې اچونې

چیکینګ	\$:	د کورنۍ مشر / مالي تضمین کوونکی	\$:	میره یا میرمن / کورنۍ ملګری
بچت	\$:		\$:	
CD	\$:		\$:	
ونډی / متقابل فنډونه	\$:		\$:	
بانډونه	\$:		\$:	

کټی ادايښي	\$:	\$:
تجارټونه	\$:	\$:
د باور اکاونټ	\$:	\$:
نور:	\$:	\$:

اضافي ملکيت (ستاسو نومړتی استوځنځی شامل نه دی)		
د گروي بيلانس	ارزښت	د گروي بيلانس
\$:	\$:	\$:
رخصتي / دوهم کور	\$:	\$:
ځمکه	\$:	\$:
د کرایي ملکيت	\$:	\$:

اسناد مطلوب دي (د غوښتنلیک پروسس کولو لپاره مطلوب دی)	
<p>د عايد اسناد مطلوب دي که چیري د تطبیق وړ وي</p> <ul style="list-style-type: none"> تر ټولو وروستي فدرالي مالياتي اظهارلیک د کټي او زیان جزئیات تر ټولو دوه وروستي د معائن رسيدونه د ټوليز امنيت کټي تصدیق لیک ستاسو د کمارونگی څخه د عايد لیکلی تصدیق 	<p>د شتمنیو اسناد مطلوب دي که د تطبیق وړ وي</p> <ul style="list-style-type: none"> د بانک بیلانس جزئیات د پانگونی حساب جزئیات د باند جزئیات د ثانوي ملکیت مالیه بل د ثانوي ملکیت کروي جزئیات

مهرباني وکړئ په دقت سره ولولئ

زما اجازه لري چې د اړوندو معلوماتو University of Vermont Health Network شریکانو څخه د مالي مرستې غوښتنه کوم. زه تصدیق کوم چې ټول معلومات چې ما چمتو کړي سم او بشپړ دي. د Vermont د University of Vermont Health Network زه د تصدیق تعقیب کړي او زما د حسابونو، غوښتنلیک او ملاتړ کونکي اسنادو په اړه د معلوماتو تبادلې د دي د اړوندو چمتو کولو سره وکړي. چمتو شوي هر ډول غلطه، نامکمل یا ناسم معلومات ممکن د مالي مرستې لپاره زما غوښتنلیک لغوه کړي. زه موافق یم چې د بشپړ مالي اجازه لري چې د کریډیټ بیورو فایلونو او راپورونو ته لاسرسی ومومي، اوس او د راتلونکي University of Vermont Health Network مرستې جایزه بیرته ورکړم که زه د دي مالي مرستې غوښتنلیک لخوا پوښل شوي طبي خدمتونو لپاره کوم تادیه ترلاسه کړم. د فدرالي مقرراتو سره محرم پاتې شي HIPAA برخې سره سم ورکړل شوی. ټول چمتو شوي معلومات به د ځوانینو 9 سرلیک، VT 2480 راتولولو موخو لپاره. دا واک د

د کورنی مشر / مالي تضمین کونکي لاسلیک

نېټه

نظرونه / اضافي معلومات چې تاسو یې غواړئ شریک کړئ ...

مهرباني وکړئ خپل بشپړ شوی غوښتنلیک د UVMHN ملگري ته واستوئ چیري چې تاسو په لومړي سر کی خپله پاملرنه ترلاسه کوئ. مهرباني وکړئ دا د ترلاسه کړی چې تاسو د غوښتنلیک سره اړین اسناد ضمیمه کړئ.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program (د مالي مرستو پروگرام)
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401
فکس # 802-847-7618

Porter Medical Center
Patient Financial Services Dept
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753
فکس # 802-355-5696

Vermont Medical Center
Financial Assistance Program (د مالي مرستو پروگرام)
PO Box 547
Barre, VT 05641
فکس # 802-371-5339