

500 E Border Street #130 بیمارستان یادبود آرلینگتون
 Arlington Texas 76010 Arlington Memorial Hospital
 682-236-3000 / 800-890-6034 بیمارستان‌های متدیست هریس
 THRFinancialassistance@texashealth.org Harris Methodist Hospitals
 بیمارستان پرزبیتاری
 Presbyterian Hospitals

_____ *Guarantor Name:* / نام ضامن _____ *Date:* / تاریخ

_____ *Date of Service:* / تاریخ خدمت _____ *Patient Name:* / نام بیمار

_____ *# Medical Record / # سابقه پزشکی* _____ *# Hospital Account / # حساب بیمارستان*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان پرزبیتاری دننون | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس
فورت ورث جنوب غربی | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان یادبود آرلینگتون |
| <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان پرزبیتاری کوفمان | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس استقن ویل | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان سلامت رفتاری کرینت |
| <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان پرزبیتاری پلانو | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس هریس
بیمارستان تخصصی فورت ورث | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس آلیانس |
| <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
مرکز بهبودی و تندرستی | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان قلب و عروق آرلینگتون | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس آزل |
| <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان سلامت رفتاری سی | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
مرکز جراحی سرپایی آلیانس | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس کلپورن |
| <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان سلامت رفتاری اسپرینگ وود | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان پرزبیتاری آلن | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس فورت ورث |
| | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان پرزبیتاری دالاس | <input type="checkbox"/> اداره بهداشت تگزاس
بیمارستان متدیست هریس
هرست- یولس- بدفورد |

بیمار گرامی:

فرم درخواست کمک مالی منابع سلامتی تگزاس برای شما ضمیمه شده است. پرکردن این درخواست به ما امکان می‌دهد حساب شما را برای دریافت کمک مالی در فاکتور(های) بیمارستان‌تان در نظر بگیریم. این تنها برای هزینه‌های بیمارستان شما است.

ما تمایل شما به حفظ حریم خصوصی‌تان را درک می‌کنیم. بنابراین، به جز برای اهداف تأیید، اطلاعات موجود در درخواست شما به صورت اطلاعات محرمانه نگهداری خواهد شد. این اطلاعات تنها در منابع اداره بهداشت تگزاس و بر اساس نیازهای دانستنی آنها به اشتراک گذاشته خواهد شد.

لطفاً هر یک از موارد درخواست را پر کنید. اگر برای ارائه توضیحات به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً از پشت برگه درخواست استفاده کنید.

لطفاً کپی‌های رسیدهای پرداخت حقوق ماه جاری و دو ماه قبل و یا تأییدیه هر گونه فرم درآمد خانوار خودتان را ارائه کنید. اگر رسید حقوق دریافت نمی‌کنید، لطفاً کپی‌های صورتحساب‌های بانکی خود را ارائه کنید که سپرده‌های ماهیانه شما را نشان دهد. اگر شغل آزاد دارید، لطفاً یک کپی از جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد شخصی خود و صورتحساب سود و زیان جاری خود را ارائه کنید. ارائه نکردن مدارک درخواستی منجر به رد درخواست کمک مالی می‌شود.

بسیار اهمیت دارد که این درخواست را بلافاصله بعد از دریافت پر کنید و در اسرع وقت آن را تحویل دهید.

اگر در پرکردن این درخواست مشکلی دارید یا قسمتی از آن برایتان نامفهوم است، لطفاً تماس بگیرید. از همکاری شما صمیمانه سپاسگزاریم.



500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

بیمارستان یادبود آرلینگتون
Arlington Memorial Hospital
بیمارستان‌های متدیست هریس
Harris Methodist Hospitals
بیمارستان پرزبیتاری
Presbyterian Hospitals

درخواست کمک مالی - صفحه 1
APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE - Page 1

نام بیمار / Patient نام / نام / نام
Last / فامیلی First / نام MI / نام وسط / :Name

تأمین اجتماعی / # / تاریخ تولد / حساب بیمارستان #
Social Security :DOB :Hospital Account

متأهل / مجرد / طلاق گرفته / بیوه / جداشده /
Married Single Divorced Widowed Separated

آیا فرزند خردسال (زیر 18 سال) دارید؟ / Do you have minor children? (under 18)
بله / Yes / خیر / No

آیا آنها با شما زندگی می‌کنند؟ / Do they live with you?
بله / Yes / خیر / No

آیا فرزندان خودتان هستند/ آنها را به فرزندی پذیرفته‌اید؟ / Are they your birth/legally adopted children?
بله / Yes / خیر / No

بیمار استخدام شده؟ / Patient Employed?
بله / Yes / خیر / No

همسر استخدام شده؟ / Spouse Employed?
بله / Yes / خیر / No

آیا بیمه پزشکی دارید؟ / Do you have medical insurance?
بله / Yes / خیر / No

آیا معلولیت دارید؟ چه مدتی؟ / Are you on disability? How long?
بله / Yes / خیر / No

آیا کهنه‌سرباز هستید؟ / Are you a veteran?
بله / Yes / خیر / No

اعضای خانواده - (ساکن خانه) / (FAMILY MEMBERS - (Living in the home /

همسر / Spouse

سن / Age : _____ : کودک / Child
سن / Age : _____ : کودک / Child
سن / Age : _____ : کودک / Child
سن / Age : _____ : کودک / Child



500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

بیمارستان یادبود آرلینگتون
 Arlington Memorial Hospital
 بیمارستان‌های متدیست هریس
 Harris Methodist Hospitals
 بیمارستان پرزبیتاری
 Presbyterian Hospitals

		: (INCOME (Monthly Amount / (مقدار ماهیانه)		
Monthly / مقدار ماهیانه Amount	مخارج / Expenses	خالص / Net	ناخالص / Gross	
_____ \$	Mortgage/Rent / رهن/اجاره	_____ \$	_____ \$	Patient / بیمار
_____ \$	Utilities / خدمات شهری	_____ \$	_____ \$	Spouse / همسر
_____ \$	Car / پرداخت‌های خودرو	_____ \$	_____ \$	Dependents / وابستگان
_____ \$	Payments	_____ \$	_____ \$	کمک‌های دولتی / Public Assistance
_____ \$	Food / غذا / خواروبار	_____ \$	_____ \$	کوپن‌های غذا / Food Stamps
_____ \$	Groceries	_____ \$	_____ \$	تأمین اجتماعی / Social Security
_____ \$	Credit / کارتهای اعتباری	_____ \$	_____ \$	بیکار / Unemployment
_____ \$	Cards	_____ \$	_____ \$	مزایای اعتصاب / Strike Benefits
_____ \$	Other (لطفاً مشخص کنید) / ((please specify	_____ \$	_____ \$	غرامت کارگر / Worker's Compensation
_____ \$	TOTAL / کل	_____ \$	_____ \$	نفقه / Alimony
		_____ \$	_____ \$	پشتیبانی از کودک / Child Support
		_____ \$	_____ \$	مستمری نظامی / Military Allotments
		_____ \$	_____ \$	حقوق بازنشستگی / Pensions
		_____ \$	_____ \$	درآمد از: گواهینامه‌های سپرده / Income from: CD's
		_____ \$	_____ \$	اجاره، سود سهامها / Rent, Dividends
		_____ \$	_____ \$	سود / Interest
		_____ \$	_____ \$	TOTAL / کل

		ASSETS / دارایی	
_____ \$	Checking Account / حساب جاری		
_____ \$	Savings Account / حساب پس‌انداز		
_____ \$	CD's, IRA's / گواهینامه‌های سپرده، حساب پس‌انداز بازنشستگی فردی		
_____ \$	Other / سایر سرمایه‌ها (سهام، اوراق، سایر موارد)		
_____ \$	Investments (Stocks, bonds, etc.) / اموال و دارایی‌ها/زمین به جز مسکن اصلی		
_____ \$	Properties/Land other than primary residence		



500 E Border Street #130 بیمارستان یادبود آرلینگتون
 Arlington Texas 76010 Arlington Memorial Hospital
 682-236-3000 / 800-890-6034 بیمارستان‌های متدیست هریس
 THRFinancialassistance@texashealth.org Harris Methodist Hospitals
 بیمارستان پرزبیتاری
 Presbyterian Hospitals

درخواست کمک مالی - صفحه 2
 APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE - Page 2

_____	کارفرمای همسر / Spouse's Employer	_____	نام کارفرما / Employer
_____	# Telephone / # تلفن	_____	# Telephone / # تلفن
_____	آدرس کارفرما / Employer Address	_____	آدرس کارفرما / Employer Address
_____	Occupation / شغل	_____	Occupation / شغل

No / خیر	_____	Yes / بله	_____	Are you currently applying for / آیا برای دریافت مزایای بیمه بهداشت مستندان درخواست داده‌اید؟ Medicaid Benefits?
No / خیر	_____	Yes / بله	_____	Have you applied for / آیا از طریق برنامه مستمند/بیمارستان بخش خودتان درخواست کمک مالی کرده‌اید؟ assistance thru your county hospital/indigent program?
No / خیر	_____	Yes / بله	_____	Is your physician donating his/her services? / آیا پزشک شما خدمات خود را ارائه می‌کند؟
No / خیر	_____	Yes / بله	_____	Are there any potentially liable / آیا اشخاص ثالث احتمالی مسؤول تصادف/آسیب/مريضی شما هستند؟ third-parties responsible for your accident/injury/illness?
No / خیر	_____	Yes / بله	_____	Is anyone assisting you with payment of / آیا کسی در پرداخت فاکتورهای بیمارستان‌تان کمک می‌کند؟ your hospital bills?
_____				چه کسی به شما کمک می‌کند؟ / Who is assisting you?
_____				چه مقدار کمک دریافت می‌کنید؟ / How much assistance are you receiving?

List any other / هر اطلاعات دیگری که حس می‌کنید در تعیین واجد شرایط بودن‌تان برای دریافت کمک مالی در پرداخت فاکتور بیمارستان مفید است را ذکر کنید.
 information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill

درآمدها و یا وجوه مورد انتظاری که در زمان مرخصی به دلیل بیماری‌تان دریافت خواهید کرد (مرخصی استعلاجی/بیماری، پرداختی معافیت از کار، درآمد معلولیت کوتاه/بلند مدت). / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).
 _____ \$

مدت زمان مورد انتظاری که نخواهید توانست کار کنید و یا دستمزد بگیریید / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:



500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

بیمارستان یادبود آرلینگتون
Arlington Memorial Hospital
بیمارستان‌های متدیست هریس
Harris Methodist Hospitals
بیمارستان پرزبیتاری
Presbyterian Hospitals

من متوجه هستم که منابع سلامتی تگراس ممکن است اطلاعات مالی موجود در این درخواست را مطابق با ارزیابی بیمارستان از این درخواست تأیید کند و در نتیجه به بیمارستان اجازه دهد برای تأیید اطلاعات ارائه شده با کارفرمای من تماس بگیرد و گزارش اژانس‌های گزارش‌دهی اعتبار را درخواست کند. من متوجه هستم که از این اطلاعات برای تعیین صلاحیت من برای دریافت کمک مالی استفاده خواهد شد و اینکه جعل اطلاعات در این درخواست ممکن است منجر به رد کمک مراقبتی مالی شود. همچنین درک می‌کنم که در صورت جبران خسارت از سوی یک شخص ثالث یا منبع دیگر، ممکن است تأییدیه کمک مالی بصورت کامل یا جزئی لغو شود. علاوه بر اینها درک می‌کنم که کمک مالی دریافتی من نباید توسط بیمارستان به عنوان اسقاط حق و حق حبس مال برای بازپرداخت هر گونه بدهی من تفسیر شود و اینکه هر گونه بازپرداختی که در ارتباط با این بستری شدن دریافت می‌کنم باید به اداره منابع سلامتی تگراس ارسال شود.

تاریخ
Date

امضای شخص درخواست دهنده، اگر بیمار است
Signature of Person Making Request, If Patient

ارتباط خانوادگی
Relationship

امضای شخص درخواست دهنده، اگر بیمار نیست
Signature of Person Making Request, If Not Patient

شماره تلفن خانه
Home Telephone Number

کد پستی بخش ایالت شهر آدرس بیمار
ZIP County State City Patient's Address