

مرکز پزشکی و بیمارستان کودکان چیلدرن (Children)

فرم درخواست کمک هزینه درمانی

دور مرکز درمانی را که برای پرداخت هزینه های درمانی آن مرکز نیاز به کمک مالی دارید خطبکشید:

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| خدمات پزشکی خانگی | متخصص اطفال | پزشک متخصص | بیمارستان |
| خدمات پزشکی خانگی مخصوص کودکان مرکز درمانی چیلدرن (Children) صورت حساب هزینه های درمانی بیمار 4156 South 52 Street Omaha, NE 68117 | پزشک اطفال (آدرس مطب را ذکر کنید) | صورت حساب هزینه پزشک صندوق پستی 24607 شهر اوماها، ایالت نبراسکا 68124 | بیمارستان کودکان چیلدرن (Children) صورت حساب هزینه های درمانی بیمار صندوق پستی 247036 Omaha, NE 68124-7036 |

لطفاً اطلاعات درخواستی زیر را که در باره هزینه درمانی بیمار و خودتان است بنویسید

| | | | |
|---|---|---------------------------------|---|
| | | | نام بیمار |
| مآنده ی حساب | صورت حساب هزینه های درمانی بیمارستان، پزشک یا خدمات پزشکی خانگی | مآنده ی حساب | صورت حساب بیمارستان، پزشک یا خدمات پزشکی خانگی |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | نسبت با بیمار | نام پرکننده ی فرم |
| | | شماره تلفن برای تماس های روزانه | ایمیل |
| | | شماره تلفن برای تماس های شبانه | |
| تعداد اعضای خانواده | تعداد بیکاران خانواده | تعداد حقوق بگیران خانواده | |
| (لطفاً اگر نفقه می گیرید با از بیمه ی از کارافتادگی و بیکاری حقوق دریافت می کنید، در اینجا ذکر کنید.) | | | درآمد ناخالص ماهیانه (همه ی حقوق بگیران باید اینجا را پر کنند) |
| توضیحات | | | |
| | | | |
| | | | |

تمام مدارک زیر را به آدرس مرکز درمانی ای که دور آن خط کشی شده ای د بفرستید:

- ✓ فرم تکمیل شده ی درخواست کمک هزینه ی درمانی
- ✓ آخرین فرم W-2 یا فرم تسویه حساب مالیات بر درآمد همه ی حقوق بگیران
- ✓ آخرین فیش حقوقی یا سنددی که منبوع درآمدی گر حقوق بگیران / دریافت کننده های کمک هزینه ی درمانی را نشان می دهد
- ✓ گواهی اداری بهداشت و درمان مبنی بر این که بیمه ی اصل احیت بهره مندی از بیمه ی سلامت سال من دان را دارا نمی باشد

| | | |
|--|------------------|--|
| نام کارمندی که فرم را تحویل خانواده میدهد | تاریخ دریافت فرم | |
| تاریخ تحویل فرم (آخرین مهلت تا 15 روز است) | | |

من با آگاهی کامل

صحت اطلاعات فوق را در تاریخ مذکور تایید می کنم.

| | |
|-------|---------------------|
| | |
| تاریخ | امضای پرکننده ی فرم |

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|------|
| این قسمت باید توسط مرکز درمانی پر شود | مقدار کمک هزینه ی مالی به درصد و دلار | % | دلار |
| تایید شده توسط: | امضا | تاریخ | |