

اسناد مربوط به همسر/شریک زندگی:

- اگر از دواج کرده اید یا شریک زندگی رسمی دارید، «گواهی درآمد» مربوط به همسر/شریک زندگی را ارائه کنید. فهرستی از اسناد، از جمله و نه محدود به فیش های حقوقی، اسناد تأییدکننده، فرم مالیات فدرال، فرم های W2 یا 1099، فرم های مالیاتی همراه با تأخیر، صورت حساب های بانکی و حق نفقه/هزینه مربوط به کودک در بالا ارائه شده است.

فرم درخواست تکمیل شده:

- فرم درخواست تکمیل شده باید شامل امضای متقاضی به همراه تاریخ باشد.

انتخاب برای کمک مالی جامع یا محدود

متقاضیان «کمک مالی محدود» فقط برای کمک مالی تا حداکثر مبلغ معادل نیمی از مقدار ارائه شده برای هرکدام از خدمات عنوان شده در فرم درخواست دریافت کمک مالی کامل واجد شرایط خواهند بود.

درخواست کمک مالی

نوع کمک مالی مورد نظران را علامت بزنید:

- کمک مالی محدود (حداکثر مبلغ، بین 0% تا 50%)
 کمک مالی کامل (بدون مشخص کردن حداکثر مبلغ، بین 0% تا 100%)

هرکدام از برنامه ها یا تجربه های زیر که برای متقاضی صدق می کند را علامت بزنید:

- برنامه تغذیه زنان، نوزادان و کودکان (WIC)
 ناتوانی ذهنی بدون اینکه کسی از طرف بیمار عمل کند
 برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)
 واجد شرایط برای Medi-Cal، ولی خارج از تاریخ خدماتدهی
 بدون مسکن
 متوفی بدون دارایی

اطلاعات بیمار

نام بیمار		شماره سوشال سکيوریتی		تاریخ تولد	
آدرس منزل		شهر		ایالت کد پستی	
شماره تلفن منزل		شماره تلفن همراه		آدرس ایمیل	
روش تماس مورد نظر		درآمد سالیانه خانواده: \$ _____			
<input type="checkbox"/> پست ایالات متحده (US Mail) <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تلفن منزل <input type="checkbox"/> تلفن همراه		تعداد اعضای خانواده (براساس اطلاعات فرم مالیاتی):			
وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> زندگی جداگانه <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> شریک خانگی					
وضعیت اشتغال <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ناتوان <input type="checkbox"/> بیکار - تاریخ آخرین زمان اشتغال: _____					
نام کارفرما		شماره تلفن			
آدرس کارفرما		شهر		ایالت کد پستی	
اطلاعات همسر/شریک زندگی/ولی/اضامن					
نسبت با بیمار <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> شریک زندگی <input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> ضامن <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____					
نام		شماره سوشال سکيوریتی		تاریخ تولد	

وضعیت اشتغال

شاغل خویش فرما بازنشسته ناتوان بیکار - آخرین زمان اشتغال: _____

نام کارفرما		شماره تلفن	
آدرس کارفرما	شهر	ایالت	کد پستی

پوشش بیمه

واجد شرایط هرکدام از بیمه های سلامت زیر هستید؟ بله خیر اگر پاسختان بله است، موارد زیر را ارائه کنید:

مالک سیاست بیمه	بیمه گذار	شماره سیاست
مالک سیاست بیمه	بیمه گذار	شماره سیاست

اطلاعات مربوط به هزینه و دارایی

درآمد ماهیانه فعلی	بیمار/ضامن	همسر/شریک زندگی	مقدار کل
ناخالص پرداختی	\$	\$	\$
درآمد خالص از شغل آزاد (خویش فرما)	\$	\$	\$
بهره و سود سهام	\$	\$	\$
املاک یا ملک استیجاری	\$	\$	\$
سوشال سکيوریتی/بازنشستگی/از کار افتادگی	\$	\$	\$
نقغه، پرداخت های حمایتی	\$	\$	\$
سایر موارد	\$	\$	\$
مجموع درآمد ماهیانه	\$	\$	\$

هزینه های ضروری زندگی	بیمار/ضامن	همسر/شریک زندگی	مقدار کل
رهن یا اجاره	\$	\$	\$
مالیات بر املاک	\$	\$	\$
قبوض شهری و تلفن	\$	\$	\$
نقغه، پرداخت های حمایتی	\$	\$	\$
وام خودرو/مبلغ اجاره	\$	\$	\$
تحصیل	\$	\$	\$
مدرسه/مراقبت از فرزندان (افراد صغیر تحت تکفل)	\$	\$	\$
غذا	\$	\$	\$
بیمه	\$	\$	\$
سایر هزینه ها	\$	\$	\$
مجموعه هزینه های ماهیانه	\$	\$	\$

بدهی پزشکی فعلی	بیمار/ضامن	همسر/شریک زندگی	مقدار کل
بدهی زیاد پزشکی (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
سایر بدهی های پزشکی	\$	\$	\$

دارایی ها (بجز حساب های بازنشستگی)	بیمار/ضامن	همسر/شریک زندگی	مقدار کل
حساب جاری/پس انداز/اتحادیه اعتباری	\$	\$	\$
سهام و اوراق بهادار	\$	\$	\$
بازار پول/حساب های کارگزاری	\$	\$	\$
گواهی های سپرده	\$	\$	\$
کل دارایی ها	\$	\$	\$

من گواهی می دهم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست تا جایی که اطلاع دارم صحیح و واقعی هستند. من موافق هستم که برای کمک مالی محلی، ایالتی، و فدرال که واجد شرایطش هستم درخواست کنم تا هزینه بیمارستان و صورت حساب ها کاهش یابد. من می دانم که صحت اطلاعات ارائه شده ممکن است توسط «سازمان» تأیید شود، و من به آنها اجازه می دهم برای تأیید صحت اطلاعاتی که در این فرم درخواست وارد کرده ام با اشخاص ثالث تماس بگیرند. من می دانم که اگر آگاهانه اطلاعات اشتباه وارد کنم، یا در فرم درخواستم موردی اشتباه باشد یا از قلم افتاده باشد، دیگر برای دریافت کمک مالی واجد شرایط نیستم. اگر قبلاً به من کمک مالی شده باشد، این مبلغ ممکن است در این زمان برگردانده شود و من مسئول بدهی های معوقه هستم.

امضای فردی که برای کمک مالی اقدام کرده است

تاریخ

امضای همسر/شریک زندگی/ضامن (در صورت امکان)

تاریخ