

درخواست کمک مالی



اطلاعات متقاضی (ضامن)

نام متقاضی _____ تاریخ تولد _____
 آدرس: _____ شهر _____ ایالت _____ پستی _____
 شماره موبایل _____ شماره خانه _____
 وضعیت تأهل: متأهل مجرد ، ر مطلقه بیوه

اطلاعات متقاضی مشترک

نام همسر/شریک خانگی _____ تاریخ تولد _____
 آدرس: _____ شهر _____ ایالت _____ پستی _____

اطلاعات خانواده (خانوار)

رابطه با متقاضی	تاریخ تولد	نام کوچک، وسطی، نام خانوادگی
	1	
	2	
	3	
	4	

درآمد

متقاضی		هم متقاضی	
درآمد ناخالص	\$	درآمد ناخالص	\$
تأمین اجتماعی / SSI / SSDI	\$	تأمین اجتماعی / SSI / SSDI	\$
کمک های عمومی	\$	کمک های عمومی	\$
درآمد املاک اجاره ای	\$	درآمد املاک اجاره ای	\$
بازنشستگی/بازنشستگی	\$	بازنشستگی/بازنشستگی	\$
مجموعه کار	\$	مجموعه کار	\$
بیکاری	\$	بیکاری	\$
حمایت مالی از کودک	\$	حمایت مالی از کودک	\$
سایر موارد	\$	سایر موارد	\$
کل	\$	کل	\$

هزینه ها

متقاضی		هم متقاضی	
بیمه عمر	\$	بیمه عمر	\$
هزینه های پزشکی	\$	هزینه های پزشکی	\$
سایر موارد	\$	سایر موارد	\$
مالیات بر دارایی	\$	مالیات بر دارایی	\$
تلفن/تلفن همراه	\$	تلفن/تلفن همراه	\$
خدمات عمومی	\$	خدمات عمومی	\$
کل	\$	کل	\$

واگذاری حقوق

با امضای زیر، تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم که اطلاعات و اظهارات مندرج در این درخواست کمک مالی، همراه با تمام مدارک ارائه شده، دقیق، درست و درست هستند.

می‌دانم که بیمارستان هوگ ممکن است در صورت لزوم درخواست اطلاعات و تأییدیه‌های اضافی کند.

تأیید می‌کنم که اطلاعات و اظهاراتی که ارائه داده‌ام توسط بیمارستان هوگ محرمانه نگه داشته خواهد شد.

می‌دانم که تکمیل این درخواست به هوگ اجازه می‌دهد شرایط من را بررسی کند.

همچنین می‌دانم که هوگ هیچ تضمینی برای کمک مالی ارائه نمی‌دهد.

من/ما بدین وسیله اطلاعات فوق را تأیید می‌کنیم و داوطلبانه به شما اجازه می‌دهیم اطلاعات اعتباری مربوط به من/ما را دریافت کنید.

تاریخ

امضای متقاضی

تاریخ

امضای هم متقاضی

درخواست و مدارک مورد نیاز

لطفاً انتخاب کنید که برای چه چیزی درخواست می‌دهید: تخفیف کمک مالی (مراقبت خیریه)

هوگ از یک اپلیکیشن برای پرداخت با تخفیف و کمک مالی (مراقبت خیریه) استفاده می‌کند. مهم است بدانید که اگر فقط برای پرداخت تخفیف دار درخواست دهید، ممکن است تخفیف کمتری نسبت به آنچه از طریق برنامه مراقبت خیریه دریافت می‌کنید، دریافت کنید. میزان کمکی که دریافت می‌کنید بستگی به برنامه‌ای دارد که واجد شرایط آن هستید.

علاوه بر درخواست کمک مالی، مدارک زیر باید ارائه شوند:

- دو (۲) فیش حقوقی برای هر فردی که در خانه شما حقوق می‌گیرد، یا اظهارنامه مالیاتی ۱۰۴۰ برای سالی که بیمار برای اولین بار صورتحساب دریافت کرده، یا ۱۲ ماه قبل از تاریخ صدور صورتحساب. حتماً همه برنامه‌ها و پیوست‌ها را درج کنید.
- یک نسخه از آخرین چک اجاره لغو شده، قرارداد اجاره یا پرداخت وام مسکن شما. اگر کسی مثل یکی از اعضای خانواده یا دوست به شما خانه‌ای برای زندگی می‌دهد یا در درآمدتان کمک می‌کند، می‌توانید به جای آن یک بیانیه کتبی از طرف او ارائه دهید.

لطفاً درخواست خود و تمام مدارک مورد نیاز را با استفاده از یکی از این گزینه‌ها ارسال کنید:

▪ فکس امن: 7031-764-949

▪ ایمیل: PFS@hoag.org

▪ پست:

خدمات مالی بیمار، ۲۹۷۵ خیابان رد هیل، سوئیت ۲۰۰، کوستا مسسا، کالیفرنیا ۹۲۶۲۶

پس از دریافت درخواست تکمیل شده شما، ظرف ۳۰ روز تصمیم کتبی را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر سوالی دارید یا می‌خواهید درباره حساب کاربری خود صحبت کنید، لطفاً با شماره 8400-764-949 تماس بگیرید. ساعات کاری دفتر ما دوشنبه تا جمعه، از ساعت ۸:۰۰ صبح تا ۴:۳۰ بعدازظهر است.