



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |  
Fax 682.236.4606

[THRFinancialAssistance@TexasHealth.org](mailto:THRFinancialAssistance@TexasHealth.org)

تاریخ / Date: \_\_\_\_\_ نام ضامن / Guarantor Name: \_\_\_\_\_

نام بیمار / Patient Name: \_\_\_\_\_ تاریخ(های) خدمات / Date(s) of Service: \_\_\_\_\_

شماره حساب / Account #: \_\_\_\_\_ شماره پرونده پزشکی / Medical Record #: \_\_\_\_\_

بیمار و/یا ضامن گرامی-

«درخواست کمک مالی از Texas Health Resources» به پیوست ارائه شده است. تکمیل این فرم درخواست به ما امکان می دهد حساب شما را برای در نظر گرفتن کمک مالی برای هزینه های بیمارستان، پزشک یا صورت حساب (های) مراقبت فوری شما، معرفی کنیم. این درخواست فقط برای مانده های معوقه بیمارستان های Texas Health، مراقبت های اورژانسی Texas Health Breeze، یا گروه پزشکان Texas Health است.

ما تمایل شما به حفظ حریم خصوصی را درک می کنیم. بر این اساس، به جز برای اهداف درستی سنجی، اطلاعات موجود در درخواست شما اطلاعات محرمانه تلقی خواهد شد. این اطلاعات فقط هنگام نیاز به همسرانی اطلاعات، با Texas Health Resources همسرانی خواهد شد.

لطفاً تمامی موارد فرم درخواست را تکمیل کنید. اگر برای توضیحی به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً از پشت فرم درخواست استفاده کنید.

ارائه مدارک درآمد برای پردازش درخواست ضروری است. لطفاً اسناد قابل قبول را در زیر مشاهده کنید. عدم ارائه مدارک درخواستی می تواند منجر به رد بررسی کمک مالی شود.

مهم است که این درخواست را پس از دریافت هر چه زودتر تکمیل کنید و برگردانید.

اگر در تکمیل این فرم مشکل داشتید یا موضوعی برایتان مبهم بود، لطفاً با تیم ما تماس بگیرید. همکاری شما برای تکمیل این درخواست ضروری است.

مدارک مورد نیاز برای اثبات درآمد به شرایط مالی شما بستگی دارد.

برای تعیین نتیجه پرونده کمک مالی شما ممکن است به هر یک یا همه مدارک زیر نیاز باشد.

1. فیش حقوقی همه شغل ها - 3 فیش حقوقی فعلی برای هر شغلی که دارید.
2. اظهارنامه ی تأمین اجتماعی یا بازنشستگی
3. افراد دارای مشاغل آزاد باید اظهارنامه ی مالیاتی شخصی آخرین سال تقویمی ارائه شده و 3 ماه صورت حساب تفصیلی بانک شخصی ارائه دهند.
- a. اظهارنامه ی مالیاتی = اظهارنامه 1040 شخصی به اضافه ی ضمیمه ی 1 و هر ضمیمه ی دیگری که در ضمیمه ی 1 به آن اشاره شده است
4. اظهارنامه های W-2 یا 1099 برای تمام شغل ها در طول دوره ی زمانی مربوطه.
5. مزایای بیکاری - فرم های تأیید یا رد غرامت بیکاری.
6. مدارک درآمد کمک هزینه ی فرزند - خلاصه نامه ی دادستان کل ترجیح داده می شود.
7. مدارک منابع در دسترس - صورت حساب تفصیلی حساب بانکی شخصی
8. فرم های تأیید یا رد صلاحیت برای Medicaid و/یا کمک های پزشکی با بودجه ی دولتی.
9. اظهارنامه های کتبی کارفرمایان یا سازمان های رفاهی.
10. نامه ی پشتیبانی امضا شده از طرف تأمین کننده ی نیازهای غذا و سرپناه.
11. مدارک درآمد غرامت کارگران
12. درآمد ناتوانی: اظهارنامه های درآمد از کار افتادگی کوتاه مدت یا بلندمدت
13. فرم های تأیید یا رد صلاحیت برای مزایای SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |  
Fax 682.236.4606

[THRFinancialAssistance@TexasHealth.org](mailto:THRFinancialAssistance@TexasHealth.org)

درخواست برای کمک مالی - صفحه 1

نام بیمار / Patient Name: نام خانوادگی / Last نام / First نام میانی / MI

شماره ی تأمین اجتماعی / Social Security # تاریخ تولد / DOB: شماره ی حساب / Account #

متاهل / Married مجرد / Single طلاق گرفته / Divorced بیوه / Widowed جدانشده / Separated

فرزند کوچک دارید (زیر 18 سال)؟ / Do you have minor children (under 18)?  
 با شما زندگی می کنند؟ / Do they live with you?  
 فرزند متولد خودتان یا فرزندخوانده ی قانونی شما هستند؟ / Are they your birth/legally adopted children?  
 بیمار شاغل است؟ / Patient Employed?  
 همسر شاغل است؟ / Spouse Employed?  
 بیمه ی درمانی دارید؟ / Do you have medical insurance?  
 عضو طرح سلامت/هزینه ی اشتراکی هستید؟ / Are you a member of a healthsh are/cost sharing plan?  
 از کارافتادگی دارید؟ برای چه مدت؟ / Are you on disability? How long?  
 کهنه سرباز هستید؟ / Are you a veteran?

اعضای خانواده - (که در خانه زندگی می کنند)

همسر / Spouse

فرزند / Child

فرزند / Child

فرزند / Child

فرزند / Child

درآمد (مبلغ ماهیانه):

مبلغ ماهیانه / Monthly Amount	هزینه ها / Expenses	خالص / Net	ناخالص / Gross	
\$	Mortgage/Rent / وام مسکن/اجاره	\$	\$	Patient / بیمار
\$	Utilities / قبوض خانگی	\$	\$	Spouse / همسر
\$	Car Payments / پرداخت های خودرو	\$	\$	Dependents / افراد وابسته
\$	Food / Groceries / خوراک / خوربار	\$	\$	Public Assistance / کمک عمومی
\$	Credit Cards / کارت های اعتباری	\$	\$	Food Stamps / کوپن مواد غذایی
\$	Other / سایر (لطفاً مشخص کنید / please specify)	\$	\$	Tأمین اجتماعی / Social Security
\$		\$	\$	بیکاری / Unemployment
\$		\$	\$	مزایای اعتصاب / Strike Benefits
\$	TOTAL / جمع کل	\$	\$	غرامت کارکنان / Worker's Compensation
		\$	\$	نفقه / Alimony
		\$	\$	کمک هزینه ی فرزند / Child Support
		\$	\$	تخصیص های نظامی / Military Allotments
		\$	\$	پرداخت های بازنشستگی / Pensions
		\$	\$	درآمد از: اوراق سرمایه گذاری اجاره، سهام سود /
		\$	\$	Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest
		\$	\$	TOTAL / جمع کل

دارایی ها

حساب جاری / Checking Account

حساب پس انداز / Savings Account

اوراق سرمایه گذاری، حساب های بازنشستگی / CD's, IRA's

سایر سرمایه گذاری ها (سهام، اوراق قرضه و غیره) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)

املاک/زمین بجز محل سکونت اصلی / Properties/Land other than primary residence



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |  
Fax 682.236.4606

[THRFinancialAssistance@TexasHealth.org](mailto:THRFinancialAssistance@TexasHealth.org)

درخواست برای کمک مالی - صفحه 2

	کارفرمای همسر / Spouse's Employer:	نام کارفرما / Name of Employer
_____	شماره تلفن / Telephone #	شماره تلفن / Telephone #
_____	نشانی کارفرما / Employer Address	نشانی کارفرما / Employer Address
_____	شغل / Occupation	شغل / Occupation

در حال حاضر برای کمک هزینه‌های پزشکی درخواست کرده‌اید؟ / Are you currently applying for Medicaid Benefits?  
از طریق بیمارستان شهرستان خودتان/طرح افراد بی‌بضاعت درخواست کمک کرده‌اید؟ /  
Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?  
پزشک شما خدمات رایگان ارائه می‌دهد؟ / Is your physician donating his/her services?  
احتمالاً افراد شخص ثالثی وجود دارند که در زمینه تصادف/جراحت/بیماری شما مسئولیت داشته باشند؟ /  
Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?  
آیا کسی در پرداخت صورتحساب‌های پزشکی Texas Health به شما کمک می‌کند؟ /  
Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?  
چه کسی کمک می‌کند؟ / Who is assisting you?  
مبلغ کمکی که دریافت می‌کنید چقدر است؟ / How much assistance are you receiving?

هرگونه اطلاعات دیگری را که فکر می‌کنید هنگام تعیین صلاحیت شما در زمینه دریافت کمک برای پرداخت قبوض پزشکی Texas Health مفید است فهرست کنید /  
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

درآمدها و/یا وجوه مورد انتظاری که در طول مرخصی‌تان به‌لایل بیماری دریافت خواهید کرد /  
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.  
(مرخصی استعلاجی، مرخصی با حقوق، درآمد از کارافتادگی کوتاهمدت یا بلندمدت /  
Sick leave, paid time off, short/long term disability income).

\$ \_\_\_\_\_

مدت مورد انتظاری که نمی‌توانید کار کنید و/یا دستمزد دریافت کنید /  
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages

\_\_\_\_\_

درک می‌کنم که Texas Health Resources ممکن است اطلاعات مالی موجود در این درخواست را در ارتباط با ارزیابی این درخواست درستی‌سنجی کند، و بدین‌وسیله به Texas Health اجازه می‌دهم برای تأیید اطلاعات ارائه‌شده با کارفرمای من تماس بگیرد و از آژانس‌های گزارش‌دهی اعتبار درخواست گزارش کند. می‌دانم که از این اطلاعات برای تعیین صلاحیت من برای کمک مالی استفاده می‌شود و جعل اطلاعات در این درخواست ممکن است منجر به رد کمک مالی شود. همچنین درک می‌کنم که هرگونه کمک مالی تأییدشده ممکن است در صورت جبران خسارت از طرف شخص ثالث یا منابع دیگر به‌صورت کامل یا جزئی لغو شود.

[فقط مسئولیت شخص ثالث] همچنین درک می‌کنم که هرگونه مراقبتی که ذیل کمک مالی دریافت می‌کنم نباید به‌عنوان چشمپوشی بیمارستان از حق بیمارستان برای بازپرداخت مبلغی که بدهی دارم تلقی شود و هرگونه بازپرداختی که در رابطه با این بستری بیمارستانی دریافت کنم باید به Texas Health Resources فرستاده شود.

تاریخ / Date	امضای شخص درخواست‌کننده، اگر خود شخص بیمار باشد / Signature of Person Making Request, If Patient
-----------------	---

نسبت / Relationship	امضای شخص درخواست‌کننده، اگر خود شخص بیمار نباشد / Signature of Person Making Request, If Not Patient
------------------------	--

شماره تلفن خانه / Home Telephone Number	کانتی / County	کد پستی / ZIP	ایالت / State	شهر / City	نشانی بیمار / Patient's Address
--	-------------------	------------------	------------------	---------------	------------------------------------