

تعليمات بخصوص نموذج طلب المساعدة المالية

هذا طلب مخصص للحصول على مساعدة مالية (المعروفة أيضًا باسم الرعاية الخيرية) من نظام PeaceHealth. يقدم نظام PeaceHealth مساعدة مالية، بما يتوافق مع متطلبات الولاية والمتطلبات الفيدرالية، للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. وقد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة بناءً على حجم أسرتك ودخلها، حتى وإن كان لديك تأمين صحي. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية لنظام PeaceHealth وأي معلومات إضافية، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني peacehealth.org.

ما الذي تشمله تغطية المساعدة المالية؟

يغطي برنامج المساعدة المالية بالمستشفى الخدمات المناسبة المتاحة في المستشفى والمقدمة من قبل نظام PeaceHealth حسب أهليتك. وقد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها منظمات أخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب:

يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 877202-3597. يمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدات اللغوية.

لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك أن:

■ تقدم لنا معلومات عن أسرتك

■ تذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك (تتضمن الأسرة الأشخاص الذين تربطهم علاقات القرابة بال ميلاد أو الزواج أو التبني ويعيشون سوياً)

■ تزودنا بمعلومات عن الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل دفع الضرائب والمبالغ المقطوعة)

■ تقدم وثائق توضح دخل الأسرة وبيان بالأصول

■ ترفق أي معلومات إضافية إذا لزم الأمر وتقوم بتوقيع النموذج وتأريخه

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية. لكن إذا زدتنا برقم الضمان الاجتماعي، فسيساعدنا هذا الأمر في تسريع عملية معالجة طلبك. حيث تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من صحة المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يُرجى تحديد "لا ينطبق" أو "غير منطبق"

أرسل طلبك المكتمل عبر البريد أو الفاكس مرفقاً بجميع الوثائق إلى العنوان:
PeaceHealth Patient Financial Services, 1115 SE 164th Ave.
Dept 334 (FAP) Vancouver, WA 98683. الفاكس: 360-729-3047.
احرص على الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم طلبك المكتمل شخصياً: يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 202-3597 (877) لمعرفة أقرب موقع لتقديم الوثائق.

سُخطرك بالقرار النهائي لتحديد الأهلية وحقوق الاستئناف، حسب الاقتضاء، في غضون 14 يوماً تقويمياً من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق الدخل.

بتقدمك بطلب للحصول على المساعدة المالية، فإنك تمنحنا موافقتك على إجراء الاستفسارات اللازمة للتحقق من التزاماتك ومعلوماتك المالية.

نحن نرغب في المساعدة. يُرجى تقديم طلبك على الفور! يمكن أن تستمر في تلقي الفواتير حتى نحصل على معلوماتك



نموذج طلب المساعدة المالية من نظام PeaceHealth - سري

يرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. في حال كانت العبارة لا تنطبق عليك، اكتب "غير منطبق." يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر

معلومات الفرز

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكتب لفتك المفضلة: _____

هل تقدم المريض بطلب للحصول على تغطية برنامج Medicaid؟ نعم لا قد يُطلب منك تقديم طلب للبرنامج قبل النظر في حصولك على المساعدة المالية

هل يتلقى المريض خدمات المساعدة الحكومية الخاصة بالولاية مثل مخصصات برنامج الإعانات المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) أو برنامج الاحتياجات الأساسية من الطعام (Basic Food) أو برنامج خدمات المرأة والرضع والأطفال (Women, Infants, and Children, WIC)؟؟ نعم لا

هل المريض بلا مأوى حاليًا؟ نعم لا

هل حاجة المريض إلى الرعاية الطبية تتعلق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

يرجى ملاحظة الآتي

- لا يمكننا ضمان أنك ستكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا تقدمت بطلب.
- بمجرد إرسال طلبك، يمكننا التحقق من جميع المعلومات وطلب معلومات إضافية أو وثيقة لإثبات الدخل.
- سنُخطرك في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك ووثائقك المكتملة، في حال تقرر أنك مؤهل للحصول على المساعدة.

معلومات المريض	وقدم الطلب	
الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	
الاسم الكامل للمريض	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	تاريخ الميلاد
الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك يُرجى التحديد:	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	تاريخ الميلاد
الشخص المسؤول عن دفع الفواتير	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	الصلة بالمريض
عنوان البريد	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية ()	
	عنوان البريد الإلكتروني: ()	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفواتير

موظف تاريخ التعيين: _____ عاطل عن العمل مدة البقاء دون عمل: _____
 يعمل لحسابه الخاص طالب مصاب بإعاقة متقاعد غير ذلك:

معلومات الأسرة

استخدم قسم معلومات إضافية عن الأسرة في الصفحة 4 إذا لزم الأمر

اذكر معلومات أفراد الأسرة المقيمين في منزلك بمن فيهم أنت. تتضمن "الأسرة" الأشخاص الذين تربطهم علاقات القرابة بالميلاد أو الزواج أو التبني ويعيشون سوياً.

حجم الأسرة

الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة بالمريض	إذا كان يبلغ 18 عاماً أو أكبر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	إذا كان يبلغ 18 عاماً أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري (قبل دفع الضرائب):	هل يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تتضمن مصادر الدخل، على سبيل المثال:

الأجور ■ إعانات البطالة ■ العمل الحر ■ تعويضات العمال ■ مخصصات الإعاقة ■ دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)، ■ نفقة الطفل/الزوج (الزوجة) برامج التوظيف لسداد النفقات التعليمية (الطلاب) ■ معاش التقاعد ■ توزيعات حسابات التقاعد ■ غير ذلك يُرجى التوضيح: _____

نموذج طلب المساعدة المالية من نظام PeaceHealth - سري

معلومات الدخل

تنكر: يجب عليك إرفاق وثيقة إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. يتعين التحقق من صحة معلومات الدخل لاتخاذ قرار بشأن المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكبر الإفصاح عن دخلهم. إذا لم تتمكن من تقديم وثائق، يمكنك تقديم إفادة مكتوبة وموقعة توضح معلومات دخلك. يُرجى تقديم وثائق تثبت كل مصدر دخل محدد. تتضمن الأمثلة على وثائق إثبات الدخل ما يلي:

- إفادة اقتطاع الضريبة "W-2"؛ أو
- كعوب شيكات أجور حديثة (3 أشهر)؛ أو
- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الضريبية حسب الاقتضاء؛ أو
- إفادات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ أو
- وثائق قبول/رفض الأهلية لبرنامج Medicaid و/أو تلقي المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ أو
- وثائق قبول/رفض الأهلية لتعويضات البطالة.

إذا لم يكن لديك دخل أو وثائق لإثبات الدخل، يُرجى إرفاق صفحة إضافية تحتوي على تفسير.

معلومات الأصول

يمكن استخدام هذه المعلومات إذا كان دخلك يتجاوز 200% من المستوى المحدد في إرشادات الفقر الغيرالية.

هل تمتلك أسرتك هذه الأصول الأخرى؟ يُرجى وضع علامة أمام جميع ما ينطبق	رصيد الحساب الجاري الحالي دولار
<input type="checkbox"/> أسهم <input type="checkbox"/> سندات <input type="checkbox"/> حساب 401K <input type="checkbox"/> حساب (حسابات) ادخار صحي <input type="checkbox"/> صندوق (صناديق) استثماري <input type="checkbox"/> عقار (بخلاف محل الإقامة الرئيسي) <input type="checkbox"/> عمل تجاري مملوك	رصيد حساب الادخار الحالي دولار

معلومات إضافية

يُرجى استخدام الصفحة الإضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي ترغب في إطلاعنا عليها، مثل الضائقة المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل المؤقت أو الموسمي أو الخسائر الشخصية.

موافقة المريض

أدرك أن نظام PeaceHealth قد يتحقق من المعلومات عن طريق مراجعة المعلومات الائتمانية والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية أو خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأدرك أنه إذا تقرر أن المعلومات التي أقدمها خاطئة، فستكون النتيجة رفض حصولي على المساعدة المالية، وسأكون مسؤولاً عن دفع تكلفة الخدمات المقدمة كما هو متوقع مني.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

نموذج طلب المساعدة المالية من نظام PeaceHealth - سري

تابع معلومات الأسرة (إذا لزم الأمر)

اذكر معلومات أفراد الأسرة المقيمين في منزلك بمن فيهم أنت. تتضمن "الأسرة" الأشخاص الذين تربطهم علاقات القرابة بالميلاد أو الزواج أو التبني ويعيشون سوياً.

يمكنك إرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

حجم الأسرة

هل يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟	إذا كان يبلغ 18 عاماً أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري (قبل دفع الضرائب):	إذا كان يبلغ 18 عاماً أو أكبر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	الاسم

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تتضمن مصادر الدخل، على سبيل المثال:

الأجور ■ إعانات البطالة ■ العمل الحر ■ تعويضات العمال ■ مخصصات الإعاقة ■ دخل SSI ■ نفقة الطفل/الزوج (الزوجة) برامج التوظيف لسداد النفقات التعليمية (الطلاب) ■ معاش التقاعد ■ توزيعات حسابات التقاعد ■ غير ذلك يرجى التوضيح:

معلومات إضافية

يُرجى استخدام هذا القسم إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي ترغب في إطلاعنا عليها، مثل الضائقة المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل المؤقت أو الموسمي أو الخسائر الشخصية.
