

تعليمات 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 877-202-3597. 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 المقتطعة)
- تقدم وثائق توضح دخل الأسرة
- ترفق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- توقع على النموذج وتورخه

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 البريد الإلكتروني أو الفاكس مرفقاً بجميع الوثائق إلى: PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. البريد الإلكتروني: financialassistance@peacehealth.org الفاكس: (360) 729-3047. احرص على الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

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

سنُخطرك 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 PeaceHealth - سري

يُرجى تقديم إجابات لكل سؤال. في حال كانت العبارة لا تنطبق عليك، فاكتب "غير منطبق". يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

يُرجى إرسال الطلب المكتمل إلى **PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632**

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكتب لغتك المفضلة:
هل يتلقى المريض خدمات المساعدة الحكومية الخاصة بالولاية مثل برنامج Medicaid أو 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)؟ (اختياري) نعم لا
هل المريض حاليًا بلا مأوى؟ نعم لا
هل حاجة المريض إلى الرعاية الطبية تتعلق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

يُرجى 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.

معلومات المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	اسم عائلة المريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك يُرجى التحديد:	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب)
الشخص المسؤول عن دفع الفواتير	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد
عنوان البريد	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية	ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
		عنوان البريد الإلكتروني:

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفواتير

موظف تاريخ التوظيف:

يعمل لحسابه الخاص طالب

مصاب بإعاقة

متقاعد

عاطل عن العمل مدة البقاء دون عمل:

غير ذلك:

معلومات الأسرة

اذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك، بما في ذلك أنت. تتضمن "الأسرة" الأشخاص الذين تربطهم علاقات القرابة بالميلاد أو الزواج أو التبني ويعيشون سويًا. حجم الأسرة
استخدم مستندات ورقية إضافية إذا لزم الأمر.

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

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين وإرفاق إثبات مع الطلب المكتمل. تتضمن الأمثلة على مصادر الدخل ما يلي:

■ الأجر ■ إعانات البطالة ■ العمل الحر ■ تعويضات العمال ■ مخصصات الإعاقة ■ دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) ■ نفقة الطفل/الزوج (الزوجة) ■ برامج الدراسة والعمل (الطلاب) ■ إعانة التقاعد ■ توزيعات حساب التقاعد ■ غير ذلك يُرجى التوضيح:

معلومات إضافية

يُرجى استخدام الصفحات 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 PeaceHealth قد تحقق من المعلومات عن طريق مراجعة المعلومات الانتمائية 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 أقدّمها خاطئة، فستكون النتيجة رفض حصولي على المساعدة المالية، وسأكون مسؤولاً عن دفع تكلفة الخدمات المقدمة كما هو متوقع مني.
- بتقدمك بطلب للحصول على المساعدة المالية، فإنك تمنحنا موافقتك على إجراء الاستفسارات اللازمة للتحقق من التزاماتك ومعلوماتك المالية.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب: يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 877-202-3597. يمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدات اللغوية. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية لـ PeaceHealth وأي معلومات إضافية، فيُرجى زيارة الموقع الإلكتروني peacehealth.org.

يُرجى إرسال الطلب المكتمل إلى **PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632**