

تعليمات بخصوص نموذج طلب المساعدة المالية

هذا نموذج طلب مخصص للحصول على المساعدة المالية (المعروفة أيضًا باسم الرعاية الخيرية) من نظام PeaceHealth. يقدم نظام PeaceHealth المساعدة المالية بما يتوافق مع متطلبات الولاية والمتطلبات الفيدرالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات محددة للدخل. وقد تكون مؤهلاً لتلقي رعاية مجانية أو مخفضة بناءً على عدد أفراد أسرتك ودخلها، حتى وإن كان لديك تأمين صحي.

للاطلاع على سياسة المساعدة المالية لنظام PeaceHealth وأي معلومات إضافية، يرجى زيارة peacehealth.org.

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

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

سنُخطرك بقرارنا النهائي بشأن أهليتك وحقوقك للطعن على القرار، حسب الاقتضاء،
في غضون 14 يوماً تقويمياً من استلام نموذج طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في
ذلك وثائق الدخل.

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

نحن نرغب في تقديم المساعدة. يرجى تقديم
نموذج طلبك على الفور! قد تستمر في تلقي
الفواتير حتى نحصل على معلوماتك.

ما الذي تشمله تغطية المساعدة المالية؟

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

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى المساعدة لإكمال نموذج الطلب:

يرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 877-202-3597. يمكنك الحصول
على المساعدة بشأن أي شيء تحتاجه، ويشمل ذلك المساعدات المتعلقة بالإعاقة
والمساعدة اللغوية.

لكي يتم النظر في طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات عن أسرتك.
- ذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك (يندرج تحت مُسمى الأسرة الأشخاص الذين يعيشون معاً وترابطهم صلة قرابة إما بال ميلاد أو الزواج أو التبني).
- تزويدنا بمعلومات عن إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (قيمة الدخل قبل دفع الضرائب والمبالغ المقتطعة).
- تقديم وثائق توضح دخل الأسرة.
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر.
- التوقيع على النموذج مع كتابة التاريخ.

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي كي تتقدم بطلب

للحصول على المساعدة المالية. ولكن إذا زودتنا برقم ضمانك الاجتماعي،
فسيُساعدنا هذا الأمر في تسريع النظر في طلبك؛ فأرقام الضمان الاجتماعي تُستخدم
للتحقق من صحة المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي،
يرجى كتابة "لا ينطبق" أو "NA".

نموذج طلب المساعدة المالية من PeaceHealth - سري

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

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

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت إجابتك "نعم"، فاكُتب 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	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب)
<input type="checkbox"/> غير ذلك يُرجى التحديد:	الصلة بالمريض	ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية
الشخص المسؤول عن دفع الفواتير	تاريخ الميلاد	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية
عنوان البريد	الولاية	الرمز البريدي
المدينة	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 تتحقق 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 أقدمها خاطئة، فستكون النتيجة رفض حصولي على المساعدة المالية، وسأكون مسؤولًا 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 866-538-0733. 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 90074-8632 PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA