

# تعليمات بخصوص نموذج طلب المساعدة المالية

هذا نموذج طلب مخصص للحصول على المساعدة المالية (المعروف 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](http://peacehealth.org).

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

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

سُنخطرك 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 تمنحك موافقتك على إجراء الاستفسارات الازمة للتحقق من إثباتاتك 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 877-3597-202. يمكنك الحصول على المساعدة بشأن أي شيء تحتاجه، ويشمل ذلك المساعدات المتعلقة بالإعاقات والمساعدة اللغوية.

لكي يتم النظر في طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات عن أسرتك.
- ذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك (يندرج تحت مسمى الأسرة الأشخاص الذين يعيشون معاً وترتبطهم صلة قرابة إما بالميلاد أو الزواج أو التبني).
- تزويدنا بمعلومات عن إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (قيمة الدخل قبل دفع الضرائب والمبانع المقطعة).
- 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 تقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية. ولكن إذا زودتنا برقم ضمانك الاجتماعي، فسيساعدنا هذا الأمر في تسريع النظر في طلبك؛ فأرقام الضمان الاجتماعي تستخدم 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

يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

پیغام، ارسال الطلب المكتمل الى 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 حالياً بلا مأوى؟  نعم  لا  
هل حاجة المريض، إلى الرعاية الطبية تتعلق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟  نعم  لا

## ملاحظة الآتي يُرجو

- لا يمكننا ضمان أنك ستكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا تقدمت بطلب.
  - مجرد إرسال طلب، يمكننا التتحقق من جميع المعلومات وطلب معلومات إضافية أو وثيقة لإثبات الدخل.

معلومات المريض ومقدم الطلب

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

## الحالات الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفواتير

معلمات الأسرة

\_\_\_\_\_اذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك، بما في ذلك أنت. تتضمن "الأسرة" الأشخاص الذين تربطهم علاقات القرابة بالميلاد أو الزواج أو التبني ويعيشون سوياً. حجم الأسرة \_\_\_\_\_ استخدم مستندات ورقية اضافية اذا لزم الأمر.

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: اسم إجمالي المبلغ الشهري ( قبل دفع الضرائب )	هل يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟

نفقة الطفل/الزوج (Supplemental Security Income, SSI) ■ مخصصات الأعاقة ■ مخصصات العمل الحر ■ تعويضات العمل ■ إعانت البطالة ■ الأدوار ■ مدخل الصنام التكميلي ■ إعانت التقاعد ■ توزيعات حساب التقاعد ■ غير ذلك يرجى التوضيح: (الزوجة) ■ برامج الدراسة والعمل (الطلاب) ■ إعانت التقاعد ■ توزيعات حساب التقاعد ■ غير ذلك يرجى التوضيح:

## معلومات اضافية

يرجى استخدام الصفحات الإضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي ترحب في اطلاعنا عليها، مثل الضائقة المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل المؤقت أو الموسمى أو الخسائر الشخصية.

## موافقة المريض

- أدرك أن PeaceHealth قد تتحقق 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 حقيقة وصحيحة على حد علمي. وأدرك أنه إذا تقرر أن المعلومات التي أقدمها خاطئة، فسنكون النتيجة رفض حصولي على المساعدة المالية، وسأكون مسؤولاً عن دفع تكاليف الخدمات المقدمة كما هو متوقع مني.

• ينتمي بطل الحصول على المساعدة المالية، فبات متمنحاً موافقتك على إجراء الاستفسارات اللازمة للتحقق من التزاماتك وملوئياتك المالية.

لتنان

توفيق مقدمة الطالب

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب: يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 866-0733-5388. يمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدات اللغوية. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية لـ PeaceHealth وأي معلومات إضافية، فيرجى زيارة الموقع الإلكتروني [peacehealth.org](http://peacehealth.org).

پیغام، ارسال الطلب المكتمل الى PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632