

نموذج طلب للحصول على رعاية خيرية/مساعدة مالية - سري
يُرجى تعبئة جميع المعلومات بالكامل. إذا لم يكن البند منطبقاً عليك أو لا يتعلق بحالتك، اكتب "غير منطبق". يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

المعلومات المتعلقة بالتقييم وتحديد الاستحقاقية

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ ☐ نعم ☐ لا	إذا كانت الإجابة نعم، حدد اللغة المفضلة:
هل تقدم المريض بطلب للحصول على خدمة Medicaid؟ ☐ نعم ☐ لا	
هل يتلقى المريض مساعدات وخدمات عامة من الولاية، مثل برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو برنامج المساعدة الغذائية الأساسية (Basic Food)، أو برنامج دعم النساء والرضع والأطفال (WIC)؟ ☐ نعم ☐ لا	
هل المريض حالياً بلا مأوى؟ ☐ نعم ☐ لا	
هل حاجة المريض للرعاية الطبية مرتبطة بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ ☐ نعم ☐ لا	
يُرجى ملاحظة التالي	
- لا يمكننا ضمان أنك ستكون مستحقاً للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا تقدمت بطلب للحصول عليها. - بمجرد إرسال طلبك، يجوز لنا التحقق من جميع المعلومات المُقدَّمة فضلاً عن طلب أي معلومات غير مكتملة. - يُستخدم هذا الطلب لتحديد مدى استحقاق الفرد لكل من الرعاية الخيرية (الرعاية المجانية) والرعاية المخفضة. في حالة التقدم بطلب للحصول على رعاية مخفضة فقط، فقد تحصل على مساعدات مالية أقل مما قد يكون متاحاً بموجب برنامج الرعاية الخيرية.	

بيانات المرضى والمتقدمين

اسم المريض الأول	اسم المريض الأوسط	اسم عائلة المريض
☐ ذكر ☐ أنثى ☐ أخرى (يُرجى التحديد)	تاريخ الميلاد ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ منفصل قانونياً ☐ أرملة ☐ أرمل	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
المنشأة:	تاريخ الخدمة	رقم الزيارة الطبية
الشخص المسؤول عن سداد الفواتير	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
رقم التواصل الرئيسي/أرقام التواصل الرئيسية () () عنوان البريد الإلكتروني:		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن سداد الفواتير ☐ موظف (تاريخ التوظيف:) ☐ عاطل عن العمل (مدة التعطل عن العمل:) ☐ يعمل لحسابه الخاص ☐ طالب ☐ من ذوي الإعاقة ☐ متقاعد ☐ أخرى (في حالة وجود حالة وظيفية أخرى، يُرجى التوضيح):		

المعلومات المتعلقة بالأسرة

اذكر أفراد الأسرة المقيمين في المسكن نفسه، بما فيهم أنت.

بالنسبة إلى المرضى التابعين لكالي فورنيا وهاواي: يُقصد بالأسرة ما يلي: (1) بالنسبة إلى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر: الزوج/الزوجة، أو الشريك المنزلي، أو الأبناء المعلنون الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو الأبناء ذوو الإعاقة مهما كان عمرهم، سواء كانوا يقيمون في المنزل أم لا؛ و(2) بالنسبة إلى الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، أو للابن المعلن الذي يتراوح عمره بين 18 و20 عامًا: الوالد/الوالدة، أو الأقارب القائمون على الرعاية، وغيرهم من أبناء الوالد/الوالدة أو القريب القائم على الرعاية الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو الأبناء ذوو الإعاقة مهما كان عمرهم.

بالنسبة إلى مرضى أوريغون: يُقصد بالأشخاص المقيمين في مسكن واحد:

(أ) فرد واحد؛ أو (ب) زوجان، أو شريكان في المنزل، أو أحد الوالدين وطفل دون سن 18 عامًا يقيمان معًا؛ وأفراد آخرون يكون الفرد الواحد أو الزوج/الزوجة أو الشريك أو الوالد/الوالدة مسؤولًا ماليًا عنهم.

حجم الأسرة/الأشخاص المقيمين في مسكن واحد _____

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	إذا كان العمر 18 سنة أو أكثر: اسم صاحب/أصحاب العمل أو مصدر الدخل	إذا كان العمر 18 سنة أو أكثر: إجمالي الدخل الشهري (قبل خصم الضرائب):	هل جرى التقدم للحصول على مساعدة مالية؟
					نعم/لا
					نعم/لا
					نعم/لا

يمكنك إرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر.

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

- الأجور - إعانات البطالة - الدخل من العمل الحر - تعويضات إصابات العمل - إعانات العجز - دخل الضمان التكميلي (SSI)
- نفقة الأطفال/النفقة الزوجية - برامج العمل والدراسة (للطلاب) - المعاش التقاعدي - المبالغ المسحوبة من حسابات التقاعد
- أخرى (يرجى التوضيح _____)

المعلومات المتعلقة بالدخل

تذكر: يجب إرفاق مستند إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرته. يتطلب الأمر التحقق من الدخل لاتخاذ قرار بشأن مدى استحقاق الفرد للحصول على مساعدة مالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر الإفصاح عن دخلهم. في حالة عدم إمكانية تقديم مستندات داعمة، يجوز تقديم بيان مكتوب موقَّع يوضح دخلك.

لأغراض اتخاذ قرار بشأن مدى استحقاق الفرد للحصول على مساعدة مالية، يقتصر إثبات الدخل على المستندات التالية:

- قسائم الرواتب الحديثة الصادرة خلال الستة أشهر السابقة أو اللاحقة لتاريخ إصدار أول فاتورة للمريض (أو قبل تقديم الخدمة في حالة تقديم طلب) أو
- نسخة من الإقرار الضريبي الفيدرالي على الدخل (النموذج 1040) للمريض وزوجه/زوجته أو شريكه في المنزل، عن السنة التي صدرت فيها أول فاتورة للمريض أو عن الاثني عشر (12) شهرًا السابقة لتاريخ إصدار أول فاتورة له.

يجوز تقديم مستندات أخرى لإثبات الدخل إذا رغبت، لكن لا يشترط النظام الصحي Adventist Health تقديم إثبات دخل إضافي. على سبيل المثال، إذا لم يكن لديك مستند إثبات للدخل أو لا يوجد دخل، يمكنك إرفاق صفحة إضافية لتوضيح وضعك فيها.

مسؤولية الجهات الخارجية

هل توجد جهة خارجية مسؤولة عن الخدمات المُقدَّمة لك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد الجهة الخارجية المعنية بذلك: _____

معلومات بشأن النفقات (اختياري)

نستخدم هذه المعلومات للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.

نفقات المنزل الشهرية:

الإيجار/الرهن العقاري

أقساط التأمين

الديون/المصاريف الأخرى

بالدولار الأمريكي

بالدولار الأمريكي

بالدولار الأمريكي

النفقات الطبية

المرافق

(نفقة الأطفال، والقروض، والأدوية، وغيرهم)

بالدولار الأمريكي

بالدولار الأمريكي

معلومات إضافية (اختياري)

يُرجى إرفاق صفحة إضافية في حالة وجود معلومات أخرى عن وضعك المالي الحالي ترغب في إطلاعنا عليها، مثل وجود ضائقة مالية، أو نفقات طبية باهظة، أو دخل موسمي أو مؤقت، أو خسارة شخصية.

اتفاقية المريض

أدرك أنه يجوز للنظام الصحي Adventist Health التحقق من صحة المعلومات المُقدَّمة من خلال مراجعة المعلومات الائتمانية والحصول على معلومات من مصادر أخرى، وذلك للمساعدة في اتخاذ قرار بشأن مدى استحقاق الحصول على مساعدة مالية أو خطط سداد المدفوعات.

وأؤكد أن المعلومات السابق ذكرها صحيحة ودقيقة وفقاً لأفضل ما لدي من علم واعتقاد. وأدرك أنه إذا تبين أن المعلومات المالية التي قدمتها غير صحيحة، يجوز رفض طلبي للحصول على مساعدة مالية، وقد أتحمّل مسؤولية سداد قيمة الخدمات المُقدَّمة إليّ، ويجب عليّ سدادها.

توقيع الشخص الذي قدم الطلب

التاريخ

كيفية التقديم

في حالة وجود أي أسئلة، يُرجى الاتصال على الرقم (844-827-5047)

يُرجى إعادة النموذج بعد استكمالها عبر البريد الإلكتروني التالي:

يُرجى إعادة النموذج بعد استكمالها بالبريد إلى:

AHFinAsst@ah.org

أو

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901