

طلب المساعدة المالية

عزيزي المريض/الضامن:

مهم: قد تتمكن من تلقي رعاية مجانية أو مخفضة: سيساعد إكمال هذا الطلب مستشفى Memorial Health (مستشفى Decatur Memorial, Lincoln Memorial, Jacksonville Memorial, Springfield Memorial, وTaylorville Memorial) في تحديد ما إذا كان بإمكانك تلقي خدمات مجانية أو مخفضة أو برامج عامة أخرى يمكن أن تساعد في دفع تكاليف رعايتك الصحية. يُرجى تقديم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم يكن مؤمناً عليك، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس شرطاً للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة.

ومع ذلك، يُشترط تقديم رقم الضمان الاجتماعي لبعض البرامج العامة، بما في ذلك برنامج Medicaid. تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس شرطاً، لكنه سيساعد المستشفى في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي من البرامج العامة.

يرجى إكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى شخصياً، أو إرساله عبر البريد، أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس، للتقدم بطلب الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة خلال 240 يوماً من تاريخ أول بيان فواتير بعد الخروج من المستشفى. يرجى إعادة الطلب المُكتمل والمستندات الداعمة عبر البريد، أو البريد الإلكتروني، أو تسليمها يدوياً إلى مكتب الخدمات المالية للمرضى في أحد مستشفياتنا.

Memorial Health | إلى: الخدمات المالية للمرضى (PFS) | صندوق بريد: 19287 | Springfield, IL 62794-9287
financial.assistance@mhsil.com | فاكس: 217-757-7595

يُقر المريض بأنه بذل جهداً نزيهاً لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب، وذلك لمساعدة المستشفى في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية.

معلومات المريض/الضامن				
اسم المريض	الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)
العرق (اختياري*)	الإثنية (اختياري*)	الجنس (اختياري*)	اللغة المفضلة (اختياري*)	
* إن استجابة المريض أو عدم استجابته في الحقول التي تحمل علامة "اختياري" لن تؤثر على نتيجة الطلب.				
اسم الضامن (الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة)	العلاقة بالمريض	الهاتف - المنزل		
عنوان الشارع	المدينة / الولاية / الرمز البريدي	الهاتف - المحمول		
البريد الإلكتروني للمريض، إذا كان هو وسيلة الاتصال المفضلة:				
إذا كان المريض مطلقاً أو منفصلاً، فهل الشريك أو الزوج/الزوجة السابق/ة مسؤول مالياً عن الرعاية الطبية للمريض وفقاً لاتفاقية الطلاق أو الانفصال؟ ☐ نعم ☐ لا				
إذا كانت الإجابة نعم، فهل تم إدراج اسم الشريك أو الزوج/الزوجة السابق/ة وعنوانه/ها بشكل صحيح في قسم الضامن أعلاه؟ ☐ نعم ☐ لا				
هل كانت الخدمات التي تلقيتها مرتبطة بأي مما يلي؟ ☐ حادث ☐ جريمة ☐ إصابة في مكان العمل ☐ أخرى: _____				

معلومات الأسرة/أفراد المنزل	
عدد الأشخاص في منزل المريض:	
عدد المعالين لدى المريض (كما هو مذكور في الإقرار الضريبي):	أعمار المعالين:

معلومات التوظيف (أدرج ذوي العمل الحر أو ذوي الهمم أو المتقاعدين أو العاطلين عن العمل، إذا لزم الأمر)	
جهة عمل المريض	
جهة عمل زوج/زوجة أو شريك المريض	
جهة عمل الوالد الأول أو الوصي (في حال كان المريض قاصراً)	
جهة عمل الوالد الثاني أو الوصي (في حال كان المريض قاصراً)	

معلومات التأمين (أدرج جميع التغطيات التأمينية المتعلقة بالخدمات التي تلقيتها، على سبيل المثال، *Medicare*، أو *Blue Cross*، أو *Veteran's*، وما إلى ذلك)

رقم الوثيقة	اسم التأمين	رقم المجموعة
		السياسة رقم 1
		السياسة رقم 2
		السياسة رقم 3

هل تقدم المريض بطلب للحصول على Medicaid؟ ☐ نعم - في انتظار الموافقة ☐ نعم - غير مؤهل ☐ لا

برامج الأهلية التقديرية (يرجى تحديد جميع البرامج التي تنطبق على حالة المريض)

إذا قمت بتحديد أي من المربعات التالية وكنت غير مشمول بالتأمين، فليست بحاجة إلى تعبئة قسم الدخل العائلي أو النفقات أو الأصول.

□ برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)	□ السجن في مؤسسة عقابية
□ المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)	□ التشرد
□ برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)	□ وفاة المريض بلا تركة
□ برنامج المساعدة في دفع فواتير الطاقة للأسر ذات الدخل المنخفض	□ الانتماء إلى جماعة دينية ونذر الفقر
□ الإعاقة العقلية وغياب من يتصرف نيابة عن المريض	□ الإفلاس الشخصي الحديث
□ الحصول على منح المساعدة للخدمات الطبية	□ برنامج إيلنوي للوجبات المجانية (الغداء والإفطار)
□ الأهلية لبرنامج Medicaid، ولكن ليس في تاريخ تقديم الخدمة أو لخدمة غير مشمولة بالتغطية	□ برنامج الإسكان الإيجاري التابع لهيئة تطوير الإسكان في إلينوي (IHDA)

□ الالتحاق ببرنامـج منظم قائـم علـى المـجتمـع المـحلي يوفـر إمكـانيـة الـوصول إلـى الرعايـة الطـبـيـة، ويـُقـمـ و يوفـق الحـالـة المـاليـة المـحدودـة كـشـرط للـعضويـة (مـثـل: مـركـز الرعايـة الصـحـيـة لمـقاطـعـات الوـسط، مـركـز *SIU* لـطب الأسـرة—بـرنـامـج *FQHC*، مـركـز *Crossing* للرعايـة الصـحـيـة)

المستندات المطلوبة لإثبات الأهلية التقديرية (المعلومات التي يجب إرسالها مع هذا الطلب)

□ نسخة من إثبات الأهلية لأحد برامج الأهلية التقديرية التي تم تحديدها أعلاه

دخل الأسرة

المريض *	زوج/شريك المريض	الوالد الأول أو الوصي على القاصر*	الوالد الثاني أو الوصي على القاصر
			إجمالي الأجور الشهرية أو دخل العمل الحر
			تعويض البطالة الشهري
			الضمان الاجتماعي الشهري أو تعويض إعاقة الضمان الاجتماعي
			معاش المحاربين القدامى الشهري
			تعويض إعاقة المحاربين القدامى الشهري
			تعويض إعاقة خاص شهري
			تعويض العمال الشهري
			دخل التقاعد الشهري
			دعم/ نفقة الطفل الشهرية
			الدخل الشهري الآخر (يُرجى التوضيح)

إقرار بعدم وجود مصدر دخل: أنا لا أتلقى أي دخل من المصادر المذكورة أعلاه. الشخص التالي هو من يتحمل نفقاتي المعيشية. وقد أرفقت رسالة منه تفيد بذلك:
الاسم _____ العلاقة: _____

* في حال كان المريض (أو الوالد أو الوصي) مطلقاً، يُجرى إدراج دخل المريض (أو الوالد أو الوصي) فقط، مع تضمين أي مبالغ شهدية تُدفع كنفقة أطفال أو إعالة زوجية. في حالة الطلاق، قَدِّم الوثائق المطلوبة أدناه للمريض فقط (أو أحد الوالدين أو الوصي).

المستندات المطلوبة لإثبات الدخل العائلي (المعلومات التي يجب إرسالها مع هذا الطلب)

☐ قدّم أحد المستندات التالية:

(أ) نسخة من أحدث إقرار ضريبي (ويُفضل تقديمه)

(ب) نسخة من أحدث نموذج W-2 ونماذج 1099

(ج) نسختان من أحدث قسيمي راتب

(د) إثبات دخل مكتوب من صاحب العمل إذا كان الدفع نقدًا

(د) أشكال أخرى معقولة من إثبات الدخل من طرف ثالث، وتكون مقبولة من قبل Memorial Health (مثل: خطاب استحقاق الضمان الاجتماعي، بيان المزايا أو أمر قضائي)

معلومات الأصول الخاصة بالمريض

المريض	المريض	المريض
حساب جاري	صناديق استثمارية	المريض
حساب توفير	السيارات أو مركبات أخرى	المريض
أسهم	عقارات	المريض
شهادات إيداع	حسابات التوفير الصحي/حسابات الإنفاق المرن	المريض

(المستندات المطلوبة لأصول المريض غير المؤمن عليه) (لا يطلب تقديم هذه المعلومات إذا كان لديك تأمين صحي)

نسخ من أحدث كشفين شهريين لجميع حسابات الجاري والتوفير والاستثمار الخاصة بالمريض ☐

نفقات الأسرة

ملاحظة: إدراج نفقات الأسرة ضمن هذا الطلب ليس مطلوبًا بموجب سياسة المساعدات المالية لدى Memorial

نفقات السكن الشهرية	نفقات رعاية الأطفال الشهرية	نفقات أخرى
نفقات المرافق العامة الشهرية	النفقات الشهرية للقروض	يرجى التحديد:
نفقات الطعام الشهرية	النفقات الطبية الشهرية	
نفقات المواصلات الشهرية	نفقات أخرى	

أُقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي ومعرفتي. سأقدّم بطلب للحصول على أي مساعدة من الجهات الحكومية المحلية أو الفيدرالية أو التابعة للولاية التي قد أكون مؤهلًا لها للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. أدرك أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق منها من قبل المستشفى، وأفوض المستشفى بالتواصل مع أطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات الواردة في هذا الطلب. أدرك أنه إذا قمتُ بتقديم معلومات غير صحيحة عن علم في هذا الطلب، فسأفقد أهليتي للحصول على المساعدة المالية، وقد يتم إلغاء أي مساعدة مالية تم منحني إياها، وسأكون مسؤولًا عن دفع فاتورة المستشفى.

التاريخ

توقيع المريض أو مقدم الطلب

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن عملية التقديم، يُرجى الاتصال بقسم الاستشارة المالية في Memorial Health على الرقم 217-788-4774 أو 800-562-2829.

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية تقديم طلب خصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو عملية المساعدة المالية للمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام في إلينوي على الرقم 877-305-5145 (الهاتف النصي: 800-964-3013) أو عبر الإنترنت على www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html.