

**مستشفى Twin City Medical Center**  
**تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية**

هذا طلب للحصول على مساعدة مالية في *CommonSpirit Health* (الموقع المعتمد لبرنامج NHSC).

تقدم **CommonSpirit Health** مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة بناءً على حجم أسرتك ودخلك، حتى لو كنت تتمتع بتأمين صحي. تُقدم المساعدة لأولئك المرضى الذين يقل دخل أسرهم عن 400% من الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر. يمكن الاطلاع على معلومات حول الإرشادات الفيدرالية لمستوى الفقر على الموقع <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟** تغطي المساعدة المالية للمستشفى الخدمات المناسبة القائمة على المستشفى التي تقدمها *CommonSpirit Health* حسب أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المنظمات الأخرى.

**إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب:** يمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية على: 844-428-7500

**لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:**

- زودنا بمعلومات عن أسرتك
- قدم لنا معلومات عن الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل الضرائب والخصومات)
- قدم وثائق عن دخل الأسرة
- أرفق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- وُقِع على الاستمارة بالتاريخ

أرسل الطلب المكتمل بالبريد أو الفاكس مع جميع الوثائق إلى: مركز المساعدة المالية، عناية: Financial Counselor, Dennison, OH 819 N First St. 44621 فاكس: 740-922-7412. تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم طلبك المكتمل Twin City Medical Center، 819 N First St، Dennison، OH 44621  
شخصياً

سنخطرنا بالقرار النهائي بالأهلية وحقوق الطعن على القرار، إن أمكن، في غضون 30 يومًا تقويميًا من استلام طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق الدخل.

بتقديم طلب المساعدة المالية، فإنك تمنح موافقتك لنا على قيامنا بإجراء الاستفسارات اللازمة لتأكيد الالتزامات والمعلومات المالية.

**نريد المساعدة. يرجى تقديم طلبك فوراً!!**

**قد تتسلم الفواتير حتى تتسلم المعلومات بشأنك.**

**Twin City Medical Center**  
**نموذج طلب المساعدة المالية (المواقع المعتمدة من NHSC) -**

سري

يرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. إذا لم ينطبق عليك، فاكتب "غير منطبق". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

**معلومات المسح**

هل تحتاج إلى مترجم؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، ضع اللغة المفضلة:

هل يتلقى المريض خدمات حكومية عامة من الولاية مثل قسائم الطعام أو WIC (النساء والرضع والأطفال)؟  نعم  لا

هل الرعاية الطبية للمريض تتعلق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟  نعم  لا

أدرج قائمة بمستشفى (مستشفيات) CommonSpirit Health التي عولجت فيها:

**يرجى الملاحظة**

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا قدمت طلب.
- بمجرد إرسال طلبك، يجوز لنا التحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.

**معلومات المريض ومقدم الطلب**

الاسم الأول للمريض الاسم الأوسط للمريض الاسم الأخير للمريض

تاريخ الميلاد أرقام حساب المريض: رقم (أرقام) الاتصال الرئيسي

( )  
( )

الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة صلة القرابة مع المريض تاريخ الميلاد عنوان البريد الإلكتروني:

العنوان البريدي

المدينة الولاية الرمز البريدي

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة

موظف (تاريخ التعيين: \_\_\_\_\_)  عاطل عن العمل (مدة البطالة: \_\_\_\_\_)  متقاعد  معاق  طالب  عمل حر  غير ذلك (\_\_\_\_\_)

**معلومات العائلة**

ضع قائمة بأفراد الأسرة في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "العائلة" شخصين أو أكثر تربطهم صلة قرابة بالولادة أو الزواج أو التبني ويعيشون معًا. إذا كان بإمكان المريض الادعاء أن بشخص ما يعتبر معالًا على إقرار ضريبة الدخل الخاص به، فسيكون هذا الشخص أحد أفراد عائلة المريض لأغراض هذا الطلب.

حجم العائلة \_\_\_\_\_ أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

الاسم

تاريخ الميلاد

صلة القرابة مع المريض

إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر:  
اسم صاحب (أصحاب) العمل  
أو مصدر الدخل

إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر:  
إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل الضرائب):

التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضًا؟

نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					

يجب الكشف عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:  
- الأجر - البطالة - العمل الحر - تعويضات العمال - الإعاقة - دخل الضمان التكميلي (SSI)  
- إعالة الطفل / الزوجية - برامج دراسة العمل (الطلاب) - المعاش - دخل التقاعد  
- غير ذلك (يرجى التحديد):

## Twin City Medical Center

### نموذج طلب المساعدة المالية - سري

#### معلومات الدخل

تذكر: عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

عليك تقديم معلومات عن دخل أسرته. مطلوب التحقق من الدخل لتقرير المساعدة المالية. على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكثر الإفصاح عن دخلهم. يرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل محدد. أمثلة لإثبات الدخل ما يلي:

- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول إن وجدت؛ أو
- بيان الاستقطاعات "W-2"؛ أو
- قسائم الرواتب الحالية (3 أشهر)؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ أو
- اعتماد / رفض أهلية تعويض البطالة.

إذا لم يكن لديك دليل على الدخل أو لا يوجد دخل، فيرجى إرفاق صفحة إضافية مع بيان موقّع يشرح كيفية تدبير نفقات المعيشة الأساسية (مثل السكن والطعام والمرافق).

#### معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي تريد أن نعرفها، مثل المصاعب المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل الموسمي أو الموقت أو الخسارة الشخصية.

#### اتفاقية المريض

أفهم أن CommonSpirit Health قد تتحقق من المعلومات من خلال الحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تقرير الأهلية للحصول على المساعدة المالية أو خطط الدفع.

- أشهد أن المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة على حد علمي.
- أفهم أنه إذا لم أتعاون مع CommonSpirit Health في تقديم المعلومات المطلوبة، فقد يُرفض طلبي.
- أفهم أن المعلومات التي أرسلتها تخضع للتحقق منها من جانب CommonSpirit Health.
- أفهم أنه يجوز طلب معلومات إضافية من أجل التأهل للحصول على المساعدة.

إذا تلقيت مدفوعات من شركة تأمين أو خطة تعويض العمال أو أي طرف خارجي، فإنك توافق على إبلاغ المستشفى بأي مدفوعات من هذا القبيل. تحتفظ المستشفى بحقها في تحصيل الرسوم الأصلية للفواتير المدفوعة بالكامل إذا قام طرف خارجي بالدفع عنك مقابل خدمات المستشفى.

التاريخ

توقيع الشخص مقدم الطلب