

## CHI Mercy Health تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية

هذا الطلب مخصص للحصول على مساعدة مالية من CommonSpirit Health.

تقدم CommonSpirit Health مساعدة مالية للأشخاص والعائلات الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة بناءً على حجم عائلتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. يتم تقديم المساعدة لأولئك المرضى الذين يقل دخل عائلاتهم عن 400% من توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي. يمكن العثور على معلومات حول توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي عبر <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**ماذا تغطي المساعدة المالية؟** تغطي المساعدة المالية للمستشفى والخدمات المناسبة المستندة إلى 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 عبر: 844-286-5546

### لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات عن عائلتك
- تقديم معلومات لنا عن الدخل الشهري الإجمالي لعائلتك (الدخل قبل خصم الضرائب والخصومات)
- تقديم الوثائق الخاصة بدخل العائلة
- تقديم وثائق لأصول العائلة (اختياري)
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- التوقيع على النموذج وتاريخه

**ملاحظة:** لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية. إذا زودتنا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسوف يساعد في تسريع معالجة طلبك. نستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يرجى وضع علامة "لا ينطبق" أو "غير متاح".

أرسل الطلب المكتمل بالبريد أو الفاكس مع جميع الوثائق إلى: - CHI Mercy Health, ATTN: EES  
Financial Assistance Center, P.O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872 Fax: 469-803-4627  
تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم طلبك المكتمل شخصياً وجهاً لوجه: CHI Mercy Health, 2700 NW Stewart Pkwy, Roseburg, OR 97471

سنخطر بالقرار النهائي بالأهلية وحقوقك في الاستئناف، إن أمكن، في غضون 30 يومًا تقويمياً من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك توثيق الدخل.

من خلال تقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بعمل الاستفسارات اللازمة لتأكيد الالتزامات والمعلومات المالية.

**إننا نريد تقديم يد العون. يرجى تقديم طلبك على الفور!**

**قد تتلقى فواتير حتى نتلقى المعلومات الخاصة بك.**

**CHI Mercy Health**  
نموذج طلب المساعدة المالية - سري

يرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. إذا لم تكن المعلومات تسري عليك، فاكتب "لا ينطبق". قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

**معلومات الفحص**

هل تحتاج إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإدراج اللغة المفضلة:
هل تقدم المريض بطلب للاستفادة من برنامج Medicaid؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا قد يُطلب منك تقديم طلب قبل النظر في طلب المساعدة المالية الخاص بك
هل يتلقى المريض خدمات حكومية عامة مثل قسائم الطعام أو يستفيد من برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل المريض حاليًا بلا مأوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل الحاجة إلى الرعاية الطبية للمريض مرتبطة بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسرد مستشفى (مستشفيات) CommonSpirit Health التي خضعت للعلاج فيها:

**يرجى ملاحظة ما يلي**

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا قمت بتقديم طلب.
- بمجرد إرسال طلبك، قد نتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.

**معلومات المريض ومقدم الطلب**

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	اسم العائلة للمريض
تاريخ الميلاد	أرقام حساب المريض:	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري*)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية
العنوان البريدي	الولاية	الرمز البريدي
المدينة	الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة
<input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ التعيين: _____) <input type="checkbox"/> صاحب عمل <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل (لكم من الوقت عاطل عن العمل: _____) <input type="checkbox"/> غير ذلك (_____) <input type="checkbox"/>		

**معلومات العائلة**

ضع قائمة بأفراد الأسرة في منزلك، بما في ذلك أنت. تشمل "العائلة" شخصين أو أكثر تربطهم صلة القرابة أو الزواج أو التبني ويعيشون معًا. إذا كان بإمكان المريض المطالبة بتسجيل شخص ما باعتباره معالًا في إقرار ضريبة الدخل الخاص به، فسيكون هذا الشخص أحد أفراد عائلة المريض لأغراض هذا التطبيق.

قم بإرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

عدد أفراد العائلة \_\_\_\_\_

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري الشامل (قبل خصم 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
- إعانة البطالة
- العمل الحر
- تعويضات العمال
- الإعاقة
- دخل الضمان الاجتماعي
- إعالة الطفل / النفقة الزوجية
- برامج دراسة العمل (الطلاب)
- المعاشات التقاعدية
- توزيعات حساب التقاعد
- غير ذلك (يرجى التحديد: \_\_\_\_\_)

### معلومات الدخل

تذكر ما يلي: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. مطلوب التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية.

**يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكثر الكشف عن دخلهم. يرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل محدد.**

### تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول إن وجدت؛ أو
- بيان استقطاع "W-2"؛ أو
- قسائم الرواتب الحالية (3 أشهر)؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقع عليها من أصحاب العمل أو غيرهم؛ و
- رفض / الموافقة على الأهلية للاستفادة من برنامج Medicaid و / أو المساعدة الطبية التي تمولها الدولة؛ أو
- رفض / الموافقة على الأهلية لتعويضات البطالة.

إذا لم يكن لديك دليل على الدخل أو لا يوجد دخل، يرجى إرفاق صفحة إضافية بها بيان توقيع عليها يشرح كيفية دعمك لنفقات المعيشة الأساسية (مثل السكن والطعام والمرافق).

### معلومات الأصول

هذا القسم اختياري ويمكن استخدامه لتحديد الأهلية لبرامج المساعدة الأخرى)

**يرجى تقديم إثبات لكل مصدر من مصادر الأصول المحددة. تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:**

- كشوف الحسابات البنكية الحالية (تكشف حسابات آخر 3 أشهر)
- الحساب (الحسابات) الجارية
- حساب (حسابات) التوفير
- الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات
- الصناديق الاستثمارية
- حساب (حسابات) سوق المال
- صناديق الاستثمار التبادلية
- صناديق الاستثمار الأخرى التي لن تتعرض لغرامة في حالة سحب الأموال.

## معلومات إضافية

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

## اتفاقية المريض

أفهم أن CommonSpirit Health قد تتحقق من المعلومات من خلال مراجعة المعلومات الائتمانية والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية أو خطط الدفع.

- أقر أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي.
- سوف أتقدم بشكل مستقل أو بمساعدة موظفي المستشفى للحصول على أي وكل المساعدة التي قد تكون متاحة من خلال المصادر الفيدرالية والتابعة للولاية والتابعة للحكومة المحلية والخاصة للمساعدة في دفع فاتورة الرعاية الصحية هذه.
- أفهم أنه إذا لم أتعاون مع CommonSpirit Health في تقديم المعلومات المطلوبة، فقد يتم رفض طلبي.
- أفهم أن المعلومات التي أرسلتها تخضع للتحقق من قبل CommonSpirit Health، بما في ذلك وكالات الإبلاغ عن الائتمان وتخضع للمراجعة من قبل الوكالات الفيدرالية و / أو الحكومية وغيرها حسب الضرورة.
- أفهم أنه قد يتم طلب معلومات إضافية من أجل التأهل للحصول على المساعدة.

إذا كنت تتلقى مدفوعات من شركة تأمين أو خطة تعويض العمال أو أي جهة خارجية، فإنك توافق على إبلاغ المستشفى بأي مدفوعات من هذا القبيل. تحتفظ المستشفى بحقها في تحصيل الرسوم الأصلية الكاملة الصادر بها الفواتير إذا قامت جهة خارجية بتوفير المدفوعات لك مقابل خدمات المستشفى.

التاريخ

توقيع الشخص مقدم الطلب