

## Arizona General Hospital Laveen

### تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على مساعدة مالية في إحدى منشآت *CommonSpirit Health*

تقديم **CommonSpirit Health** مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مُخفضة بناءً على حجم أسرتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. يتم تقديم المساعدة لأولئك المرضى الذين يقل دخل أسرة كل منهم عن 400% وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر. يمكن العثور على معلومات حول المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر على [.guidelines-<http://aspe.hhs.gov/poverty>](http://aspe.hhs.gov/poverty)

**ما الأمور التي تغطيها المساعدة المالية؟** تغطي المساعدة المالية في المستشفى الخدمات المناسبة القائمة في المستشفى والتي تقدمها *CommonSpirit Health* حسب أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأخرى.

**إذا كانت لديك أسلة أو كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب:** يجوز لك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية من خلال:

**لدى تتم معالجة طلبك، يجب عليك** 602-433-7430

تزويدنا بمعلومات عن أسرتك



تزويدنا بمعلومات عن الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب والاقطعات)



تقديم الوثائق لإثبات دخل الأسرة



تقديم الوثائق لإثبات أصول الأسرة



إرافق معلومات إضافية إذا لزم الأمر



توقيع النموذج وإضافة التاريخ



ملاحظة: لست مضطراً لتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية. لكن إذا زودتنا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسيساعد ذلك في تسريع معالجة طلبك. تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يُرجى كتابة "لا ينطبق" أو "غير متاح".

أرسل الطلب المكتمل، بالإضافة إلى جميع الوثائق، عبر البريد أو الفاكس إلى: Arizona General Hospital Laveen, 8601 N Black Canyon Hwy, Suite 211, Phoenix, AZ, 85021. Fax: 602-433-9192

**تقديم طلب المكتمل وجهاً لوجه:** Arizona General Hospital Laveen, 7171 S. 51st Avenue, Phoenix, AZ 85339.

سنخترك بالقرار النهائي لحقوق الأهلية والالتماس، إن أمكن، في غضون 30 يوماً تقويمياً من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق إثبات الدخل.

من خلال تقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بإجراء الاستعلامات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

**تهمنا مساعدتك. يُرجى إرسال طلبك على الفور!**

**يجوز أن تتفق فواتير إلى أن تتفق معلوماتك.**



Dignity Health®

## Arizona General Hospital Laveen

## نموذج طلب المساعدة المالية - سرّي

يرجع إلى ملء جميع المعلومات بالكامل. وإذا كان الأمر لا ينطبق، فاكتتب "غير متاح". يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

## معلومات الفحص

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

هل تقدم المريض بطلب للاستفادة من برنامج Medicaid؟  لا  نعم

هل يستفيد المريض من خدمات حكومية عامة، مثل قسائم الطعام أو برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال (WIC)?  لا  نعم

هل يُعد المريض بلا مأوى حالياً؟  نعم  لا

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

قائمة بمستشفي (مستشفيات) CommonSpirit Health أو Dignity Health الذي تلقيت علاجك فيه:

## يُرجى ملاحظة ما يلي

- لا يمكننا ضمان أهليةك للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا قدمت طلباً.

- بمجرد إرسال طلبك، قد تتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.

## معلومات عن المريض ومقدم الطلب

الاسم الأخير للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأول للمريض	
رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري*)	أرقام حسابات المريض:	تاريخ الميلاد	
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)	تاريخ الميلاد	الصلة بالمريض	الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة
رقم (أرقام) الاتصال الرئيسي (      ) _____ (      ) _____	_____		
عنوان البريد الإلكتروني: _____	عنوان المراسلة البريدية المدينة الولاية الرمز البريدي		

الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة

- يعمل (تارikh التعيين: \_\_\_\_\_)  لا يعمل (فترة البطالة: \_\_\_\_\_)
- متلاع \_\_\_\_\_  ذو إعافه \_\_\_\_\_  طالب \_\_\_\_\_
- يعمل لحسابه \_\_\_\_\_  غير ذلك (\_\_\_\_\_)

**معلومات عن الأسرة**

اذكر أفراد الأسرة في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "العائلة" شخصين أو أكثر تربطهم صلة قرابة بالولادة أو الزواج أو التبني ويعيشون معاً. إذا كان بإمكان المريض ادعاء أن شخصاً ما باعتباره معاً على إقرار ضريبة الدخل، فسيكون هذا الشخص أحد أفراد عائلة المريض لأغراض هذا التطبيق.

**ارفق صفة إضافية إذا لزم الأمر**
**حجم الأسرة**

الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة بالمريض	أو مصدر الدخل	اسم صاحب ( أصحاب ) العمل	إذا كان عمر 18 عاماً فأكثر:	إذا كان عمر 18 عاماً فأكثر:	هل تتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟
							نعم / لا
							نعم / لا
							نعم / لا
							نعم / لا
							نعم / لا
							نعم / لا

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

- الأجر - البطالة - العمل لحساب النفس - تعويضات العمال - الإعاقه
- إعالة الطفل/ الزوج - برامج دراسة العمل (الطلاب) - المعاشات التقاعدية
- غير ذلك (يرجى التحديد: \_\_\_\_\_)

## Arizona General Hospital Laveen

نموذج طلب المساعدة المالية - سري

### معلومات عن الدخل

تنكر: يجب عليك إرفاق إثباتات الدخل مع طلبك.

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

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عاماً فما فوق الإفصاح عن دخلهم. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل محدد.

تشمل أمثلة إثباتات الدخل ما يلى:

- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيان الاقتطاع "W-2"؛ أو
- إيصالات الرواتب الحالية (3 أشهر)؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ و
- الموافقة على/رفض أهلية الحصول على المساعدة الطبية الممولة من Medicaid و/أو الولاية؛ أو
- الموافقة على/رفض أهلية الحصول على تعويض البطالة.

إذا لم يكن لديك إثباتات للدخل أو لم يكن هناك دخل، يُرجى إرفاق صفحة إضافية مع بيان موقع يشرح كيفية دعمك لنفقات المعيشة الأساسية (مثل السكن والطعام والمرافق).

### معلومات عن الأصول

تنكر: يجب عليك إرفاق إثباتات الأصول مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة. يُعد التتحقق من الأصول لازماً لتحديد المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عاماً فما فوق الإفصاح عن مواردهم المالية المتوفّرة. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر أصول محدد.

من أمثلة إثباتات الدخل ما يلى:

- البيانات المصرفية الجارية (تظهر آخر 3 أشهر)
- الحساب (الحسابات) الجاري
- حساب (حسابات) التوفير
- الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسنادات
- الصناديق الاستثمارية
- حساب (حسابات) سوق المال
- صناديق الاستثمار المشترك
- صناديق الاستثمار الأخرى التي لن تتعرض لغرامة في حالة سحب الأموال.



### المعلومات الإضافية

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

## اتفاقية المريض

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

- أشهد أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة إلى حد علمي.
- وسأقلم بشكل مستقل أو بمساعدة موظفي المستشفى للحصول على أي مساعدة وجميع المساعدات التي قد تكون متاحة من خلال المصادر الفيدرالية والخاصة والحكومية المحلية والمرتبطة بالولاية للمساعدة في دفع فاتورة الرعاية الصحية هذه.
- أدرك أنه إذا لم أتعاون مع CommonSpirit Health في تقديم المعلومات المطلوبة، فقد يتم رفض طلبي.
- أدرك أن المعلومات التي أرسلتها تخضع للتحقق من قبل CommonSpirit Health، بما في ذلك وكالات تقارير الائتمان، وتخضع للمراجعة من قبل الوكالات الفيدرالية وأو الخاصة بالولاية وغيرها حسب الاقتضاء.
- أدرك أنه قد يتم طلب معلومات إضافية من أجل التأهل للحصول على المساعدة.

إذا تلقيت مبالغ من شركة تأمين أو خطة تعويض عمال أو أي جهة خارجية، فإنك توافق على إبلاغ المستشفى بأي مبالغ من هذا القبيل. وستحتفظ المستشفى بحقها في تحصيل الرسوم الأصلية كاملة الفواتير إذا زُوِّدتك جهة خارجية بمبالغ للدفع مقابل خدمات المستشفى.

---

التاريخ

توقيع مقدم الطلب