

Community Hospital of San Bernardino تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على مساعدة مالية في أحد منشآت *CommonSpirit Health*.

تقدم **CommonSpirit Health** مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مُخفّضة بناءً على حجم أسرتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. يتم تقديم المساعدة لأولئك المرضى الذين يقل دخل أسرة كل منهم عن 500% وفقاً للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر. يمكن العثور على معلومات حول المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر على <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

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

909-806-1317 لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات عن أسرتك
- تزويدنا بمعلومات عن الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب والاقطاعات)
- تقديم الوثائق لإثبات دخل الأسرة
- تقديم الوثائق لإثبات أصول الأسرة
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- توقيع النموذج وإضافة التاريخ

ملاحظة: لست مضطراً لتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية. لكن إذا زدتنا 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: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr., San Bernardino, CA 92412, Fax: 909-887-4164 وتؤكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم طلبك المكتمل وجهاً لوجه: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA 92411

سنخطرک 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.

تھمنا مساعدتك. يُرجى إرسال طلبك على الفور!

يجوز أن تتلقى فواتير إلى أن نتلقى معلوماتك.

Community Hospital of San Bernardino

نموذج طلب المساعدة المالية - سرّي

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

معلومات الفحص	
هل تحتاج إلى مترجم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج اللغة المفضلة:
هل تقدم المريض بطلب للاستفادة من برنامج Medicaid؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا قد يُطلب منك تقديم طلب قبل أن يتم النظر في طلب المساعدة المالية
هل يستفيد المريض من خدمات حكومية عامة، مثل قسائم الطعام أو برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال (WIC)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يُعد المريض بلا مأوى حاليًا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل الرعاية الطبية للمريض مرتبطة بحادث سيارة أو إصابة عمل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
قائمة بمستشفى (مستشفيات) Dignity Health أو CommonSpirit Health الذي تلقيت علاجك فيه:	
يُرجى ملاحظة ما يلي	
<ul style="list-style-type: none">لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على مساعدة مالية، حتى إذا قدّمت طلبًا.بمجرد إرسال طلبك، قد نتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.	

معلومات عن المريض ومقدم الطلب		
الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
تاريخ الميلاد	أرقام حسابات المريض:	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري*)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)		
الرقم (الأرقام) الرئيسي للتواصل		
() _____		
() _____		
عنوان المراسلة البريدية		
عنوان البريد الإلكتروني:		

المدينة الولاية الرمز البريدي		
الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة		
<input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ التعيين: _____) <input type="checkbox"/> لا يعمل (فترة البطالة: _____)		
<input type="checkbox"/> يعمل لحسابه <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> ذو إعاقة <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> غير ذلك (_____)		

معلومات عن الأسرة

اذكر أفراد الأسرة في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "أسرة" المريض:

- للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر - الزوج/الزوجة، والشريك المنزلي، والأطفال المعالين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا.
- للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا - الوالد، والوالدة، والأقارب القائمين على الرعاية، والأطفال الآخرين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا للوالد أو القريب القائم على الرعاية.

أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

حجم الأسرة _____

هل تتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضًا؟	إذا كان العمر 18 عامًا فأكثر: إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل خصم الضرائب):	إذا كان العمر 18 عامًا فأكثر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	الاسم
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:

- الأجور - البطالة - العمل لحساب النفس - تعويضات العمال - الإعاقة - دخل الضمان التكميلي
- إعالة الطفل/الزوج - برامج دراسة العمل (الطلاب) - المعاشات التقاعدية - توزيعات حساب التقاعد
- غير ذلك (يرجى التحديد: _____)

Community Hospital of San Bernardino

نموذج طلب المساعدة المالية - سرّي

معلومات عن الدخل

تذكّر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. يُعد التحقق من الدخل لازمًا لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا فأكثر الإفصاح عن دخلهم. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل محدد. تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيان الاقتطاع "2-W"؛ أو
- إيصال 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 إثبات 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

تذكّر: يجب عليك إرفاق إثبات الأصول مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة. يُعد التحقق من الأصول لازمًا لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا فأكثر الإفصاح عن مواردهم المالية المتوفرة. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر أصول محدد. من أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

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

المعلومات الإضافية

يُرجى 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 من خلال مراجعة 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.
- وسأتقدم 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 و/أو 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 زوّدتك جهة خارجية بمبالغ للدفع مقابل خدمات المستشفى.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب