

California Hospital Medical Center

تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على المساعدة المالية في إحدى منشآت *CommonSpirit Health*.

تقدم CommonSpirit Health مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات معينة للدخل. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة التكلفة بناءً على حجم أسرته ودخله، حتى إذا كان لديك تأمين صحي. تقدم المساعدة للمرضى الذين يقل دخل أسرته عن 500% من التوجيهات الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر. ويمكن العثور على التوجيهات الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر على <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

ما الأمور التي تغطيها المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية من المستشفى خدمات المستشفى المناسبة التي تقدمها *CommonSpirit Health* بناءً على مدى أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأخرى.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج إلى المساعدة في إكمال هذا الطلب: يمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية من خلال: (213) 742-5530

من أجل معالجة طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات حول أسرته
- تزويدنا بمعلومات حول الدخل الشهري الإجمالي لأسرته (الدخل قبل خصم الضرائب والاقطاعات)
- تقديم الوثائق لإثبات دخل الأسرة الأمر
- تقديم الوثائق لإثبات أصول الأسرة وتاريخه
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم
- توقيع النموذج

ملاحظة: لست مضطراً إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي لطلب الحصول على المساعدة المالية. لكن إذا زدنا برقم ضمانك الاجتماعي، فسيساعد ذلك في تسريع معالجة طلبك. تستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يرجى تحديد "لا ينطبق" أو "NA".

أرسل الطلب المكتمل مع جميع الوثائق عبر البريد أو الفاكس إلى: California Hospital Medical Center, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008، الفاكس: 877-691-1151. وتأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

California Hospital Medical Center, 1401 South Grand Avenue, Los Angeles, CA
لتقديم طلبك المكتمل بصورة شخصية: 91328

سنخطر بالقرار النهائي بشأن الأهلية وحقوق الالتماس، إن أمكن، في غضون 30 يوماً تقويمياً من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق إثبات الدخل.

بتقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بالاستعلامات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

تهدنا مساعدتك. يُرجى إرسال طلبك على الفور!

يمكن أن نتلقى فواتير إلى أن نتلقى معلوماتك.

California Hospital Medical Center

نموذج طلب المساعدة المالية - سرّي

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

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اللغة المفضلة:
هل تقدم المريض بطلب للاشتراك في برنامج Medicaid؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	قد يلزم تقديم طلب قبل النظر في طلب الحصول على المساعدة المالية
هل يتلقى المريض خدمات عامة من الولاية، مثل فساتم الطعام أو مخصصات برنامج التغذية التكميلي للنساء والرضع والأطفال (WIC)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل المريض بلا مأوى حاليًا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل الرعاية الطبية للمريض تتعلق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
قائمة بمستشفيات Dignity Health أو CommonSpirit Health التي تلقيت علاجك فيها:		

يُرجى الملاحظة

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت 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 (أرقام) التواصل الرئيسي	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)	
العنوان البريدي	رقم (أرقام) () رقم (أرقام) () عنوان البريد الإلكتروني:	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة

□ موظف (تاريخ التعيين: _____) □ عاطل عن العمل (فترة البطالة _____)
 □ يعمل لحسابه □ طالب □ معاق □ متقاعد □ 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 الأصغر من 21 عامًا، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا.
- للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا - أحد الوالدين، والأقارب القائمون على الرعاية، والأطفال الآخرين الأصغر من 21 عامًا للوالد أو القريب القائم على الرعاية.

أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

حجم الأسرة _____

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

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

- الأجر - مخصصات البطالة - العمل الحر - تعويضات العمال - مخصصات الإعاقة - دخل الضمان التكميلي (SSI) -
- إعالة الطفل/النفقة الزوجية - برامج الدراسة والعمل (للطلاب) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد
- غير ذلك (يُرجى التحديد)

معلومات عن الدخل

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل 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:

- أحدث الإقرارات الضريبية بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيان الاقتطاع "W-2"؛ أو
- كعوب الرواتب الحديثة (6 أشهر)؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ و
- الموافقة على/رفض أهلية الحصول على مخصصات Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ أو
- الموافقة على/رفض أهلية الحصول على تعويض البطالة.

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

معلومات عن الأصول

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الأصول مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة. يلزم التحقق من الأصول لتحديد المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا فأكثر الإفصاح عن مواردهم المالية المتاحة. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر محدد من مصادر الأصول. تتضمن أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- البيانات المصرفية الحديثة (تظهر آخر 3 أشهر)
- الحساب (الحسابات) الجاري
- حساب (حسابات) التوفير
- الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات
- الصناديق الائتمانية
- 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 هناك معلومات أخرى تود أن نعرفها بشأن وضعك المالي الحالي، مثل الضيق المالي أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

اتفاقية المريض

أدرك أن CommonSpirit Health يمكن أن 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.
- سأقدم بشكل مستقل أو بمساعدة موظفي المستشفى للحصول على أي مساعدة وجميع المساعدات التي قد تكون متاحة من خلال المصادر الفيدرالية والخاصة والحكومية المحلية ومصادر الولاية للمساعدة في دفع فاتورة الرعاية الصحية هذه.
- أدرك أنه إذا لم أتعاون مع CommonSpirit Health في تقديم المعلومات المطلوبة، فقد يرفض طلبي.
- أدرك أن المعلومات التي أرسلتها تخضع للتحقق من جانب CommonSpirit Health، بما في ذلك وكالات تقارير الائتمان، وتخضع لمراجعة الوكالات الفيدرالية و/أو وكالات الولاية وغيرها حسبما يلزم.
- أدرك أنه يمكن طلب معلومات إضافية من أجل التأهل للحصول على المساعدة.

إذا تلقيت مدفوعات من شركة تأمين أو خطة لتعويضات العمال أو أي جهة خارجية أخرى، فإنك توافق على إبلاغ المستشفى بأي من هذه المدفوعات. وستحتفظ المستشفى بحقها في تحصيل الرسوم الأصلية المفروضة كاملة في الفواتير إذا تلقيت مدفوعات من جهة خارجية لسداد تكاليف خدمات المستشفى.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

برنامج الفوترة العادلة الخاص بمستشفى California Hospital

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى تلقي المساعدة بلغتك، يُرجى الاتصال على (213) 742-5530 California Hospital Medical Center أو زيارة . المكتب مفتوح 8 صباحاً إلى 4:30 مساءً ويقع في California Hospital Medical Center, 1401 South Grand Avenue, Los Angeles, CA 91328. كما تتوفر وسائل المساعدة والخدمات للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل، والمطبوعات بخط كبير، والمقاطع الصوتية، وغيرها من التنسيقات الإلكترونية الأخرى التي يمكن الوصول إليها. تقدم هذه الخدمات مجاناً.

المساعدة في دفع فاتورتك

توجد منظمات للدفاع عن المستهلك بالمجان ستساعدك على فهم عملية الفوترة والدفع. يمكنك التواصل مع Health Consumer Alliance على الرقم 3536-804-888 أو زيارة الموقع الإلكتروني healthconsumer.org لمعرفة المزيد من المعلومات.

برنامج الشكاوى بخصوص فواتير المستشفيات

برنامج الشكاوى بخصوص فواتير المستشفيات هو برنامج حكومي، يراجع قرارات المستشفى حول ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة في دفع فاتورة المستشفى أم لا. إذا كنت تعتقد أنه قد تم رفض منحك المساعدة المالية بغير وجه حق، يمكنك تقديم شكوى إلى برنامج الشكاوى بخصوص فواتير المستشفيات. تفضّل زيارة HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov للحصول على مزيد من المعلومات وتقديم شكوى.