

St. John's Regional Medical Center

تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على المساعدة المالية في إحدى منشآت CommonSpirit Health

تقديم **CommonSpirit Health** مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات معينة للدخل. قد تكون مؤهلًا للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة التكفة بناءً على حجم أسرتك ودخلك، حتى إذا كان لديك تأمين صحي. تقدم المساعدة للمرضى الذين يقل دخل أسرتهم 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 الإعاقات والمساعدة اللغوية من خلال: (805) 988-7109

من أجل معالجة طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات حول أسرتك
- تزويدنا بمعلومات حول الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب والاقتطاعات)
- 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 زودتنا برقم ضمانك الاجتماعي، فسيساعد ذلك في تسريع معالجة طلبك. تستخدِم 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: St. John's Regional Medical Center, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008. الفاكس: 877-691-1151. وتأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

شخصية: St. John's Regional Medical Center, 1600 North Rose Avenue , Oxnard, CA 93030
لتقدیم طلب المکتمل بصورة

سنختر لك بالقرار النهائي بشأن الأهلية وحقوق الالتماس، إن أمكن، في غضون 30 يومًا تقويمياً من تلقّي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك إثباتات الدخل.

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

تهمنا مساعدتك. يرجى إرسال طلبك على الفور!

يمكن أن تلتقي فواتير إلى أن نلتقي معلوماتك.

St. John's Regional Medical Center

نموذج طلب المساعدة المالية - سري

يرجى 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؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اللغة المفضلة:

هل تقدم المريض بطلب للاشتراك في برنامج Medicaid؟ نعم لا قد يلزم تقديم طلب قبل النظر في طلب الحصول على المساعدة المالية

هل ينالق المريض خدمات عامة من الولاية، مثل قسم الطعام أو مخصصات برنامج التغذية التكميلي للنساء والرضع والأطفال (WIC)؟ نعم لا

هل المريض بلا مأوى حالياً؟ نعم لا

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

قائمة بمستشفيات CommonSpirit Health أو Dignity Health التي تلقيت علاجك فيها:

يرجى الملاحظة

لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، 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
رقم (أرقام) التواصل الرئيسي _____ _____ _____ _____	الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	
عنوان البريد الإلكتروني: _____	العنوان البريدي	
-	الرمز البريدي	الولاية
		المدينة

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة

- (موظف (تاريخ التعيين: _____) عاطل عن العمل (فتره البطالة _____)
- (غير ذلك (متلاع _____) معاقد _____) طالب _____) يعمل لحسابه _____)

معلومات عن الأسرة

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

- للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً فأكثر - الزوج/الزوجة، والشريك المنزلي، والأطفال المعالين الأصغر من 21 عاماً، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا.
- للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً - أحد الوالدين، والأقارب القائمون على الرعاية، والأطفال الآخرين الأصغر من 21 عاماً للوالد أو القريب القائم على الرعاية.

أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

حجم الأسرة

الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة بالمريض	مصدر الدخل	اسم صاحب (أصحاب) العمل أو الكلي (قبل خصم الضرائب) :	إذا كان عمر 18 عاماً فأكثر:	هل يقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟
						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 (الطلاب) - 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 عاماً فأكثر الإفصاح عن دخلهم. يرجى 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 البطلة.

إذا لم يكن لديك إثبات للدخل أو لم يكن لديك دخل، يرجى إرفاق صفة 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 التتحقق من الأصول لتحديد المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عاماً فأكثر الإفصاح عن مواردهم المالية المتاحة. يرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل من مصادر الأصول. تتضمن أمثلة إثبات الدخل ما يلى:

- البيانات المصرفية الحديثة (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 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، وتتضمن مراجعة الوكالات الفيدرالية وأو 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 (805) 988-7109 St. John's Regional Medical Center أو زيارة . المكتب مفتوح 8 صباحاً إلى 4:30 مساءً ويقع في St. John's Regional Medical Center, 1600 North Rose Avenue , Oxnard, CA 93030 كما تتوفر وسائل المساعدة والخدمات للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل، والمطبوعات بخط كبير، والمقاطع الصوتية، وغيرها من التسويقات الإلكترونية الأخرى التي يمكن الوصول إليها. تقدم هذه الخدمات مجانية.

المساعدة في دفع فاتورتك

توجد منظمات ل الدفاع عن المستهلك بالمجان ستساعدك على فهم عملية الفوترة والدفع. يمكنك التواصل مع Health Consumer Alliance على الرقم 888-804-3536 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. تفضل بزيارة HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov للحصول على مزيد من المعلومات وتقديم شكوى.