

تعليمات نموذج طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على المساعدة المالية (والتي تعرف كذلك باسم المساعدة الخيرية) في المركز الطبي لمستشفى أوفرليك (OHMC) و / أو عيادات Overlake (OMC) Medical Clinics, LLC.

تفرض ولاية واشنطن على كل المستشفيات أن توفر المساعدة المالية للأشخاص والأسر الذين يفون بمعايير معينة في الدخل. ويمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المجانية أو الرعاية بأسعار مخفضة اعتماداً على عدد أفراد أسرتك ودخلك، حتى إذا كان لديك تأمين صحي. يمكن الاطلاع على سياسة المساعدة المالية عبر الموقع www.overlakehospital.org/financialpolicies

ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية الخدمات المناسبة التي يوفرها المركز الطبي لمستشفى أوفرليك و / أو عيادات أوفرليك الطبية اعتماداً على أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية كل تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي توفرها المنظمات الأخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال هذا الطلب: يرجى الاتصال بمنسق المساعدة المالية لدينا على الرقم 425-635-6239. ويمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة فيما يتعلق باللغة.

لكي تتم معالجة الطلب الخاص بك، يجب عليك ما يلي:

- توفير معلومات لنا حول أسرتك
اكتب عدد أفراد الأسرة الذين يقطنون معك (يشتمل مصطلح الأسرة الأفراد الذين تجمعهم علاقة بموجب المولد أو الزواج أو التبني والذين يعيشون معاً)
- توفير معلومات لنا حول إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب والمستقطعات)
- توفير أدلة على دخل الأسرة
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- التوقيع على النموذج وتاريخه

ملاحظة: لن يتوجب عليك توفير رقم ضمان اجتماعي من أجل تقديم طلب للاستفادة من المساعدة المالية. إذا قمت بتوفير رقم الضمان الاجتماعي، فسوف يساعدنا على تسريع عملية البت في الطلب الخاص بك. ويتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات التي يتم توفيرها لنا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يرجى اختيار "غير متاح" أو "NA" في هذا الخيار.

قم بإرسال الطلب بعد ملئه عبر البريد أو الفاكس مع كل الوثائق اللازمة إلى:

Overlake Hospital Medical Center
th Ave NE116 1035
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

يمكنك استخدام ظرف الإرجاع المرفق.
تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

وسوف نخبرك بالقرار النهائي فيما يتعلق بالأهلية والحقوق فيما يتعلق بالاستئناف، إن أمكن، خلال 14 يوماً تقويمياً من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق الدخل.

من خلال تقديم طلب مساعدة مالية، أنت توافق على أن نقوم بإجراء الاستفسارات الضرورية من أجل التحقق من الالتزامات والمعلومات المالية.

**إننا نود أن نقدم لكم يد المساعدة. الرجاء تقديم الطلب الخاص بكم على وجه السرعة!
يمكن أن تتلقى الفواتير إلى أن نتلقى المعلومات منكم.**

نموذج طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية - سري

الرجاء تعبئة كل المعلومات بشكل كامل. وإذا كانت هناك أي معلومات لا تسري عليك، فاختر "غير متاح (NA)". 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، فحدد اللغة المفضلة لك:
هل تقدم المريض للاشتراك في برنامج Medicaid؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	قد يلزم تقديم طلب المشاركة بهذا البرنامج قبل النظر في أمر المساعدة المالية
هل المريض مشرد حاليًا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل حاجة المريض للرعاية الطبية تتعلق بحادث سيارة أو إصابة في العمل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

يرجى ملاحظة ما يلي

- لا يمكن أن نضمن أن تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قدمت طلبًا للاستفادة منها.
- بمجرد أن تقوم بإرسال الطلب الخاص بك، يمكن أن نقوم بفحص كل المعلومات ويمكن أن نطلب منك المزيد من المعلومات أو أدلة على الدخل.
- خلال 14 يومًا تقويمياً من تلقي الطلب المكتمل والوثائق، سوف نخبرك بما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من المساعدة أم لا.

معلومات المريض والطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك (الرجاء التحديد)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*) <small>* اختياري، إلا أنه مطلوب لتوفير المزيد من المساعدة لنا بما يتجاوز متطلبات قانون الولاية [٢٠٢٢]</small>
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
رقم (أرقام) جهات الاتصال الرئيسية () () عنوان البريد الإلكتروني:	الولاية	الرمز البريدي
عنوان المراسلة البريدي	الولاية	الرمز البريدي
حالة التوظيف للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة <input type="checkbox"/> موظف (تاريخ التعيين: _____) <input type="checkbox"/> لا يعمل (فترة البقاء بدون عمل: _____) <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> عمل حر <input type="checkbox"/> غير ذلك (_____)		

معلومات الأسرة

اذكر أسماء أفراد الأسرة، بما في ذلك أنت. "الأسرة" تشمل على الأشخاص المرتبطين بداعي المولد أو الزواج أو التبني والذين يعيشون معاً.
عدد أفراد الأسرة _____
يمكنك إرفاق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	إذا كان العمر 18 عامًا أو أكبر: اسم (أسماء) صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	هل يتقدم / تتقدم للحصول على المساعدة المالية أيضًا؟
			إذا كان العمر 18 عامًا أو أكبر: مجمّل الدخل الشهري الإجمالي (أي قبل خصم الضرائب):	نعم / لا
				نعم / لا

نعم / لا					
نعم / لا					

يجب أن يتم الكشف عن دخل كل أفراد الأسرة من البالغين. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال، على ما يلي:
 - الأجر - إعانة البطالة - العمل الحر - تعويضات العمال - إعانة الإعاقة - دخل الضمان الاجتماعي - دعم الأطفال أو الزوج / الزوجة
 - برامج الدراسة للعمل (للطلاب) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد - غير ذلك (الرجاء التوضيح (

نموذج طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية - سري

معلومات الدخل

تذكر: يجب أن تقوم بإرفاق دليل على الدخل مع طلبك.

يجب أن تقوم بتوفير معلومات حول دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل لتقرير المساعدة المالية.
 يجب أن يكشف كل أفراد الأسرة الذين وصل عمرهم إلى 18 عاماً أو أكثر عن دخلهم. إذا لم يكن بإمكانك توفير الوثائق، يمكن أن تقوم بتقديم بيان موقع مكتوب يصف دخلك. الرجاء توفير دليل على كل مصدر دخل تقوم بتحديدته.
 تشمل أمثلة أدلة الدخل على ما يلي:

- بيان استقطاع "W-2"؛ أو
- كعوب الدفع الحالية (3 شهور)؛ أو
- الإقرار الضريبي للدخل للعام السابق، بما في ذلك الجداول إن أمكن؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقع عليها من أصحاب العمل أو غيرهم؛ أو
- رفض / الموافقة على الأهلية لبرنامج Medicaid و / أو المساعدة الطبية التي تمولها الحكومة؛ أو
- رفض / الموافقة على الأهلية لتعويضات البطالة.

إذا لم يكن لديك أي دليل على الدخل أو عدم الدخل، الرجاء إرفاق صفحة إضافية تشمل على التفسير.

معلومات إضافية

الرجاء إرفاق صفحة إضافية في حالة وجود معلومات أخرى حول الموقف المالي لك وترغب في أن نعرفها، مثل الصعوبات المالية أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسائر الشخصية.

اتفاقية المريض

أنا أفهم أن المركز الطبي لمستشفى أوفرليك / عيادات أوفرليك الطبية يمكن أن يتحقق من المعلومات من خلال مراجعة معلومات الائتمان والحصول على المعلومات من المصادر الأخرى للمساعدة في تقرير الأهلية للمساعدة المالية أو خطط الدفع.

أقر أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وسليمة حسب علمي. وأنا أدرك أنه إذا تم تقرير أن المعلومات التي أقوم بإعطائها خاطئة، فإن النتيجة ستكون رفض طلب المساعدة المالية، وسوف أكون مسؤولاً عن دفع مقابل الخدمات التي يتم توفيرها ويتوقع مني تحمل تلك المسؤولية.

التاريخ

توقيع الشخص الذي يقوم بتقديم الطلب