

تعليمات نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية

يهدف هذا الطلب للحصول على مساعدة مالية (المعروفة أيضًا باسم الرعاية الخيرية) في مركز Kadlec الطبي الإقليمي.

يتطلب القانون الاتحادي والقانون الدولي من جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والعائلات الذين يستوفون متطلبات محددة متعلقة بالدخل. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية بسعر مُخفّف بناءً على حجم أسرتك ودخلها، حتى إذا كان لديك تأمين صحي. لعرض سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا والمبادئ التوجيهية لنطاق الشريحة، يُرجى زيارة موقع المستشفى على الرابط www.kadlec.org والنقر فوق **دفع الفاتورة والمساعدة المالية**

ماذا تغطي المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية الطبية خدمات المستشفيات المناسبة والرعاية الطبية الضرورية التي تُقدّمها المستشفى لدينا حسب أهليتك. قد لا تُعطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تُقدّمها المنظمات الأخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب: تتوفر سياسات المساعدة المالية، والمعلومات حول البرامج ومواد الطلب على موقعنا أو عبر الهاتف. يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك المساعدة في حالة الإعاقة والمساعدة اللغوية. تتوفر الوثائق المكتوبة المترجمة عند الطلب.

إليك كيفية الاتصال بنا: استخدم الرابط www.kadlec.org وانقر فوق **دفع الفاتورة والمساعدة المالية**

تواصل مع ممثلي خدمة العملاء على الرقم: 855-367-1343 أو 509-942-2626

لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:

- تقديم معلومات عن أسرتك
 - ملء عدد أفراد الأسرة في منزلك (تتضمن الأسرة الأشخاص الذين تربط بينهم صلة القرابة، أو المصاهرة أو التبني ويعيشون معًا)
- تقديم معلومات حول الدخل الشهري الإجمالي للأسرة (الدخل قبل اقتطاع الضرائب والخصومات) ليشمل إيصالات الدفع، ونموذج الكشف الضريبي، والإقرارات الضريبية، وخطابات منح الضمان الاجتماعي، وما إلى ذلك (راجع قسم الدخل الخاص بطلب المساعدة المالية لمزيد من الأمثلة)
- تقديم وثائق لدخل الأسرة والتصريح بالامتلاكات
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- توقيع نموذج المساعدة المالية وتاريخه

ملاحظة: لا يتوجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب الحصول على مساعدة مالية. إذا قَدّمت لنا رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسيساعد ذلك على تعجيل إجراءات المعالجة الخاصة بتطبيقك. تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فيُرجى وضع علامة على "لا ينطبق" أو "غير منطبق".

طلب مُكتمل مُرفق بجميع الوثائق يُرسل عبر البريد إلى: مركز Kadlec الطبي الإقليمي، بعناية الخدمات المالية للمريض، 888 Boulevard Swift، Richland، WA 99352. احرص على الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لإرسال الطلب الكامل شخصيًا: أرسل مباشرة إلى مندوب الفواتير في Lee Blvd 1268 بين الساعة 8:15 إلى 4:30 من يوم الاثنين إلى الجمعة

سنقوم بإشعارك بالقرار النهائي للأهلية وحقوق الطعن، حسب الاقتضاء، في غضون 14 يومًا من تلقّي طلب المساعدة المالية الكامل، بما في ذلك توثيق الدخل.

بارسال طلب المساعدة المالية، فأنت تمنحنا موافقتك لإجراء التحقيقات اللازمة لتأكيد الالتزامات والمعلومات المالية.

نحن نريد المساعدة. يُرجى إرسال طلبك فوراً!

قد تتلقّى الفواتير حتى نتلقّى معلوماتك.

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية - سرّي

يُرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. إذا لم ينطبق، فاكتب "غير منطبق". قم بإرفاق صفحات إضافية عند الاقتضاء.

فحص المعلومات

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا / إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإدراج اللغة المفضلة.

هل قَدّم المريض طلبًا في Medicaid؟ نعم لا

هل يتلقى المريض الخدمات العامة في الدولة مثل خدمات المساعدة المؤقتة للعائلات الفقيرة (TANF)، أو خدمات الأغذية الأساسية، أو خدمات النساء والرضع والأطفال؟ نعم لا

هل المريض بلا مأوى حاليًا؟ نعم لا

هل احتياج المريض للرعاية الطبية يتعلّق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

يُرجى ملاحظة

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت بتقديم طلب.
- بمجرد إرسالك للطلب، قد نقوم بالتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثباتًا للدخل.
- في غضون 14 يومًا، سننقل الطلب المكتمل والتوثيق الخاص بك، وسنعملك بمدى أهليتك للحصول على المساعدة.

معلومات المريض ومقدم الطلب

اسم المريض الأول	اسم المريض الأوسط	اسم المريض الأخير
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يمكنك تحديد _____)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري*)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسي () () عنوان البريد الإلكتروني	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*) رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسي () () عنوان البريد الإلكتروني
الدولة	الولاية الرمز	البريدي
الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة <input type="checkbox"/> موظف (تاريخ التعيين: _____) <input type="checkbox"/> عاطل (منذ متى وهو عاطل: _____) <input type="checkbox"/> يعمل لحسابه الخاص <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> غير ذلك (_____)		

معلومات حول الأسرة

اذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك، بمن فيهم أنت. "الأسرة" تتضمن الأشخاص الذين تربطهم صلة القرابة أو المصاهرة أو التبني ويعيشون معًا.

قم بإرفاق صفحة إضافية عند الاقتضاء

عدد أفراد الأسرة _____

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	إذا كان العمر 18 عامًا أو أكثر:	هل تتقدّم بطلب للحصول على مساعدة مالية كذلك؟
				إذا كان العمر 18 عامًا أو أكثر: إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل الضرائب):	نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب أن يتم الإفصاح عن دخل جميع البالغين من أفراد الأسرة. يتضمن مصدر الدخل، على سبيل المثال:

- الأجر - البطالة - العمل لحساب الذات - تعويض العمال - الإعاقة - دخل الضمان التكميلي - النفقة الزوجية/دعم الطفل

- برامج دراسة الأعمال (الطلاب) - معاش التقاعد - عمليات توزيع حساب التقاعد - غير ذلك (يُرجى التوضيح _____)

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية - سرّي

معلومات الدخل

تذكّر: يجب عليك تضمين إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم المعلومات حول دخل أسرتك. التحقق من الدخل مطلوب لتحديد المساعدة المالية. يجب أن يتم الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكثر. إذا لم تتمكن من تقديم توثيق، يجب عليك إرسال بيان خطّي موقع يصف دخلك. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل مُحدد. تتضمن أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- بيان اقتطاع الضرائب الخاص بـ "كشف الضريبة"؛ أو
 - قسائم الدفع الحالية (3 أشهر)؛ أو
 - عائد ضريبة دخل العام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية عند الاقتضاء؛ أو
 - بيانًا خطّيًا موقعًا من أصحاب الأعمال أو غيرهم؛ أو
 - موافقة/رفض أهلية الحصول على مساعدة طبية من Medicaid و/أو المساعدة الطبية التي تقدمها الدولة؛ أو
 - موافقة/رفض أهلية الحصول على تعويض البطالة.
- إذا لم يكن لديك إثبات للدخل أو إذا لم يكن لديك دخل، فيُرجى إرفاق صفحة إضافية مع توضيح.

معلومات النفقات

نستخدم هذه المعلومات للحصول على صورة أدق لموقفك المالي.

النفقات الشهرية للمنزل: _____
 إيجار/رهن عقاري _____ دولار أمريكي نفقات طبية _____ دولار أمريكي
 أقساط تأمين _____ دولار أمريكي المنافع العامة _____ دولار أمريكي
 غيرها من الديون/النفقات _____ دولار أمريكي (دعم الطفل، والقروض، والأدوية، وغيرها)

معلومات الأصل

قد تُستخدم هذه المعلومات إذا كان دخلك أكثر من 101% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر.

هل تمتلك عائلتك هذه الأصول الأخرى؟
 يُرجى وضع علامة على كل ما ينطبق
 □ الأسهم □ السندات □ 401 ألف □ حساب (حسابات) الإيداع الصحي □ ودبحة (ودائع)
 □ ممتلكات (باستثناء المسكن الأساسي) □ امتلاك مشروع

التحقق من رصيد الحساب الحالي
 دولار أمريكي _____
 رصيد مدخرات الحساب الحالية
 دولار أمريكي _____

معلومات إضافية

يُرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي الذي تودّ منا معرفته، مثل الصعوبات المالية أو النفقات الطبية المفترطة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

اتفاقية المريض

أنا أفهم أنه يجوز لمركز Kadlec الطبي الإقليمي التحقق من المعلومات عن طريق مراجعة معلومات الائتمان والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على مساعدة مالية أو خطط دفع.

وأقرّ أن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأفهم أنه إذا كانت المعلومات المالية التي قدمتها تُثبت زيفها، فستكون النتيجة هي رفض المساعدة المالية، وقد أصبح مسؤولاً عن الخدمة المقدمة ومن المتوقع أن أدفع تكلفتها.

التاريخ

توقيع مُقدّم الطلب