

تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية/الرعاية الخيرية

هذا نموذج طلب للحصول على المساعدة المالية (التي تُعرف أيضًا باسم الرعاية الخيرية) من مركز Kadlec الطبي الإقليمي.

يتطلب القانون الفيدرالي والقانون الوطني من جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون شروط الدخل المعينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة (سيتم النظر في كلا الخيارين من خلال هذا الطلب الموحد) بناءً على حجم عائلتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. لمشاهدة سياسة المساعدة المالية وإرشادات الحصول على المساعدة، يُرجى زيارة موقع المستشفى www.kadlec.org.

ماذا تغطي المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية الطبية الرعاية الطبية اللازمة التي تقدمها إحدى مستشفياتنا أو عياداتنا ضمن مجموعة منظماتنا حسب أهليتها. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المنظمات الأخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا الطلب: لدينا سياسات تحكم المساعدة المالية ومعلومات حول البرامج وطرق لطلب المساعدة على موقعنا الإلكتروني أو عبر الهاتف. يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية. الوثائق المكتوبة المترجمة متاحة عند الطلب.

إليك كيفية الاتصال بنا: www.kadlec.org.

الممتنون بخدمة العملاء متواجدون على الأرقام التالية: 855-367-1343 أو 509-942-2626 أو

من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى الساعة 5:00 مساءً

لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:

تزويدنا بمعلومات عن عائلتك

ذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك (تشمل الأسرة الأبناء أو الأزواج أو الأشخاص الذين تم تبنيهم ويعيشون معًا). إذا كنت تعيش في كاليفورنيا، يتم تحديد الأسرة أو العائلة بهذه الطريقة، إذا كان المريض يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، تشمل العائلة الزوج/الزوجة، والشريك المحلي، وأيأطفال معالين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو أي عمر إذا كانوا معاقين، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا. إذا كان المريض أقل من 18 عامًا أو طفل معال يبلغ من العمر 18 إلى 20 عامًا، فتشمل العائلة الوالدين، والأقارب الذين يقدمون الرعاية، وأقارب الوالدين الذين يقدمون الرعاية، والمعالين الآخرين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو أي عمر إذا كانوا معاقين.

يرجى تزويدنا بمعلومات حول إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الضريبة والاستقطاعات) بما في ذلك قسم الدفع أو الإقرارات الضريبية، أو معلومات دخل أخرى (مثل نماذج W-2، وخطابات منح الضمان الاجتماعي) وبيانات الدخل المستمد من الأصول. (انظر قسم الدخل في طلب المساعدة المالية لمزيد من الأمثلة).

إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر

التوقيع على نموذج المساعدة المالية وتاريخه

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية. إذا قمت بتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فقد يتم استخدامه لتحديد هويتك أو استخدامه للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فيرجى وضع علامة "لا ينطبق" أو "غير متاح". Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352 UNITED STATES OF AMERICA. 507846221.4

لتقدم طلب المعباً شخصياً: توجه إلى أقرب مكتب المستشار المالي للمستشفى. سنخترك بالقرار النهائي حول أهليتك للحصول على المساعدة وحقوقك في الطعن في القرار، في غضون 14 يوماً من تلقي الطلب المعباً ووثائق الدخل.

من خلال تقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بإجراء الاستفسارات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

٧ باستثناء ما قد يحظره قانون الولاية، سيقوم Kadlec بجمع المعلومات المتعلقة بالأصول والنظر فيها كما هو مطلوب من قبل المراكز التي تقدم خدمات Medicare و Medicaid (CMS) لإجراء تقارير حول تكاليف .Medicare ينطبق هذا تحديداً على المستفيدين من برنامج Medicare الذين لا يملكون أيضاً تأمين Medicaid. بالنسبة لآخرين، تكون معلومات الأصول اختيارية.

506318055.3

نريد مساعدتك. يُرجى تقديم طلب على الفور. يمكنك الاستمرار في تلقي كشوف الفواتير حتى تنتهي طلب المعباً والوثائق المطلوبة ما لم تحظر قوانين الرعاية الخيرية في ولايتك ذلك.

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية هو سري
يُرجى تعبئة جميع المعلومات بالكامل. إذا لم تكن الخانة تتطابق عليك، فاكتب "لا شيء". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

نعم لا إذا كان نعم، فاذكر اللغة التي تريدها:

هل طلب المريض مساعدة Medicaid? نعم لا هل المريض أعمى؟ نعم لا هل المريض معاق؟ نعم لا

هل يتقى المريض خدمات حكومية عامة مثل TANF أو Basic Food أو WIC؟ نعم لا

هل المريض حالياً بلا مأوى؟ نعم لا

هل الحاجة للرعاية الطبية للمريض مرتبطة بحادث سير أو حادث عمل؟ نعم لا

الرجاء ملاحظة ما يلي

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت بتقديم طلب.
- بعد إرسال طلبك، قد تتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات للدخل.
- في غضون 14-30 يوماً بعد استلامنا لطلبك المعباً ووثائقك، سنخطرك بقرارنا.

معلومات المريض والمقدم بالطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد) _____	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	نوع العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي	الرمز البريدي	العنوان البريدي الإلكتروني: _____ _____
المدينة	ولاية دولة	رقم (أرقام) الاتصال الرئيسية () ()

الوضع المهني للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة

يعمل (تاريخ بدء العمل): _____

متقاعد عاطل (منذ متى): _____

متقاعد

طالب

يعمل لحسابه الخاص

معلومات عن الأسرة

اذكر أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "الأسرة" الأبناء أو الأزواج أو الأشخاص الذين تم تبنيهم والذين يعيشون معًا.

حجم الأسرة ————— أرفق صفة إضافية إذا لزم الأمر

الاسم	تاريخ الميلاد	نوع العلاقة بالمريض	إذا كان عمره 18 عاماً أو أكبر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	إذا كان عمره 18 عاماً أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري الخام (قبل خصم الضرائب):	هل تقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب الكشف عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال: الأجر - البطالة - العمل الحر - تعويض العامل - الإعاقة - SSI - دعم الطفل / الزوجة - برامج دراسة العمل (الطلاب) - الدخل من الأصول على سبيل المثال الأسهم والسنادات وحسابات التقاعد الفردية والصناديق المشتركة ودخل الإيجار إلخ.

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية هو سري

معلومات عن الدخل

نذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. سيتم التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. **يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عاماً أو أكثر الإفصاح عن دخلهم.** إذا لم تتمكن من تقديم الوثائق، يمكنك تقديم بيان مكتوب موقع يصف دخلك. يرجى تقديم إثبات لكل مصدر محدد للدخل. **من أمثلة إثباتات الدخل ما يلى:**

- بيان الضريبة على الدخل "W-2"؛ أو
- قسائم الرواتب الحالية (3 أشهر)؛ أو
- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ أو
- بيانات الدخل من الأصول (الأسهم، السندات، حسابات IRAs، الصناديق المشتركة، إلخ)؛ أو
- الموافقة/الحرمان من استحقاق تعويض البطالة.

إذا لم يكن لديك دليل على الدخل أو لا يوجد دخل، فيرجى إرفاق صفحة إضافية مع توضيح الشرح.

معلومات المصروفات

نستخدم هذه المعلومات للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.

نفقات المعيشة الأساسية الشهرية:

إيجار/الرهن العقاري	\$ _____
المصاريف الطبية	\$ _____
أقساط التأمين الطبي	\$ _____
مصاريف/ديون أخرى	\$ _____ (دعم الطفل، قروض، أدوية، أخرى)

معلومات ووثائق الأصول

هل تمتلك أسرتك هذه الأصول الأخرى؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق

الرصيد الحالي في الحساب الجاري (انظر أدناه لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم كشف حساب بنكي*)

لا توجد أصول \$ _____

أسهم سندات 401K حساب (حسابات) توفير صحي

رصيد حساب التوفير العام

\$ _____

بالنسبة للمستفيدين من برنامج Medicare الذين ليس لديهم تأمين Medicaid، قد تطلب Kadlec كشف حسابات بنكية أو وثائق مصدر مماثلة.

*هذه المعلومات مطلوبة فقط من المستفيدين من برنامج Medicare الذين ليس لديهم أيضاً تأمين Medicaid. بالنسبة لآخرين، تكون هذه المعلومات اختيارية. لا يجوز استخدام هذه المعلومات إلا وفقاً لسياساتنا وقوانين الولاية التي تلتقي فيها الرعاية والتي تم جمعها لأنها مطلوبة Medicare Medicaid (CMS) لإجراء تقارير تكاليف خدمات Medicare.

معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي تزيد منا أن نعرفها، مثل المصاعب المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

اتفاقية المريض

أفهم أن Kadlec 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.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وحقيقة على حد علمي. أفهم أنه إذا تم اكتشاف أن المعلومات المالية التي قدمتها خاطئة، فقد تكون النتيجة رفض المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن الخدمات المقدمة والتي يجب أن أدفعها.

التاريخ

توقيع الشخص المتقدم بالطلب