



عزيزي المريض،

إرشادات التقديم

إذا كنت ترغب في التقديم للاستفادة من برنامج المساعدة المالية في Providence Health Services، فيرجى إكمال الطلب المرفق وإعادته. إذا كانت لديك أي أسئلة، يمكن لممثل Providence Health Services مساعدتك من خلال الاتصال على الرقم 800-566-5050.

الأهلية

لكي تكون مؤهلاً للمساعدة المالية، يرجى ملاحظة التالي:

- قد يلزم توفير طلب للحصول على مساعدات فيدرالية، أو محلية، أو من الولاية.
- يجب إثبات دخل الأسرة. يرجى تقديم إثبات لدخل الأسرة. (الإقرارات الضريبية و/أو كعوب الأجر الحالية) في حال لم يكن لديك مصدر دخل، يرجى توفير بيان يشرح كيف يتم دعمك ماليًا.
- يجب ذكر مصادر الدخل الأخرى أيضًا، وهي تشمل على: نفقة إعالة الطفل، والنفقة، وتعويضات العمال، والمساعدة العامة، ودخل العمل الحر، ودخل إعانة البطالة.

لا تتوفر المساعدة المالية لما يلي:

- المتعلقات الشخصية، كنفقات التلفاز.
- الخدمات غير الضرورية طبيًا بما في ذلك الإجراءات التجميلية وعلاجات العقم.
- الخدمات التي يغطيها التأمين في شبكة رعاية صحية أخرى.
- المواد الصيدلانية دون وصفة علاجية.

يجب أن ينطبق قرار المساعدة المالية فقط على جزء الرعاية الذي تم إكمال هذا الطلب لأجله.

أرسل الطلب المكتمل والوثائق بالبريد إلى:

NRSC Financial Assistance Representative
N. Meridian Street, 2N PFS 10330
Indianapolis, Indiana 46290

أرسل الطلب المكتمل والوثائق بالفاكس إلى:

NRSC Financial Assistance Representative: عناية: (317) 583-2753

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء لدينا على الرقم 800-566-5050 من الاثنين وحتى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 1:45 ظهرًا و 2:30 ظهرًا إلى 4:00 عصرًا بالتوقيت القياسي الشرقي.



طلب المساعدة المالية

معلومات المريض (الرجاء كتابتها بحروف واضحة)		رقم الحساب.	
اسم المريض:	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	الجنس
العنوان:	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي:	صاحب العمل	دوام كامل دوام جزئي	عدد الساعات / أسبوع
عنوان صاحب العمل:	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
			رقم الهاتف

معلومات الطرف المسؤول

الاسم مثل المذكور أعلاه		تاريخ الميلاد		الحالة الاجتماعية		النوع	
العنوان:		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
رقم الضمان الاجتماعي		صاحب العمل		دوام كامل دوام جزئي		عدد الساعات / أسبوع	
عنوان صاحب العمل		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
						رقم الهاتف	

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

اسم الزوج / الزوجة		رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد	
صاحب عمل الزوج / الزوجة:		العنوان:		المدينة	
				الولاية	
				الرمز البريدي	
				رقم الهاتف	

المعالون:

الاسم	العمر	صلة القرابة	الاسم	العمر	صلة القرابة

الرصيد	المدفوعات	نفقات المعيشة الشهرية	إجمالي الدخل الشهري
		الرهن / الإيجار	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
		الكهرباء	دخل زوج / زوجة مقدم الطلب
		الغاز	امتيازات الضمان الاجتماعي
		الهاتف	دخل المعاش / التقاعد
		المياه	تعويض البطالة
		البقالة	تعويض العمال
		قنوات التلفاز المشفرة	الدخل من الفوائد / الأرباح
		مدفوعات السيارات	إعالة الأطفال
		الهاتف الخليوي	النفقة
		الرعاية النهارية	الدخل من العقارات المؤجرة
		إعالة الطفل / النفقة	قسائم شراء الطعام
		الأدوية الموصوفة طبياً	غير ذلك
		بطاقات الانتماء:	غير ذلك
		1.	إجمالي الدخل:
		2.	
		3.	
		فواتير الأطباء /	الأصول
		المستشفيات الأخرى:	النقد المتاح في اليد
			حساب التوفير
			الحساب الجاري
			شهادة الإيداع
			الأوراق المالية
			التأمين على الحياة
			العقارات الأخرى
			غير ذلك
		نفقات التأمين:	طراز المركبة / ومعلومات تصنيعها:
		1. السيارات	السنة
		2. الملكيات	القيمة
		3. التأمين الطبي / التأمين على الحياة	
		مدفوعات القروض الأخرى:	
		1.	
		2.	
		المدفوعات الشهرية الأخرى:	التسويات المالية:
		cobra	التأمين على الحياة
		التأمين على الحياة	الميراث
		3.	غير ذلك
		إجمالي النفقات الشهرية:	القيمة الإجمالية للأصول:

التعليقات:

أقر بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة حسب علمي. وأصرح بموجب هذه الوثيقة للمستشفى بالحصول على المعلومات من وكالات تقارير الائتمان الخارجية إذا رأى المستشفى ذلك ضرورياً.

توقيع المريض أو الزوج / الزوجة أو الوصي أو الممثل القانوني

التاريخ

PROVIDENCE HEALTH SERVICES طلب المساعدة المالية

الإقرار

توقعي على هذا النموذج يشهد أن جميع البيانات صحيحة على حد علمي وأني قمت بالكشف عن جميع الحقائق المتعلقة بمواردي المالية. أنا أفهم وأقر بأن أي تحريف لمواردي المالية فيما يتعلق بهذا الطلب، أو أي إغفال للتعاون مع الجهود الرامية إلى تأهيلي للبرامج التي قد تغطي تكاليف رعايتي (على سبيل المثال، Medicaid، ومطالبة الإصابة الشخصية، وتعويض العمال) قد يبطل أي منح للمساعدة المالية وأني سأكون مسؤولاً ماليًا عن الخدمات المقدمة. أنا أوافق على السماح لمستشفى Providence Health Services أو ممثليه بطلب تقرير الانتماء الخاص بي ومعاينته، واتخاذ خطوات أخرى معقولة للتحقق من صحة جميع المعلومات المقدمة.

أنا أفهم أنه إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية جزئية فسوف أكون مسؤولاً عن دفع الجزء المتبقي من فاتورتي.

بيان حول إجمالي الدخل (قبل الضرائب والاقتطاع)

إجمالي الدخل السنوي لأسرتي (أضف الأعمدة السنوية للزوج / الزوجة والمريض من الجانب الآخر واكتب إجمالي أدناه):

بيان حول نقص الدخل

وضح باختصار حالتك المالية / المعيشية ولماذا تحتاج إلى المساعدة المالية لسداد فاتورتك (فواتيرك) الطبية.

يرجى التوقيع أدناه:

المريض / الوصي (التاريخ)