

كيفية التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية

تعليمات خاصة بتعبئة البيانات المطلوبة في طلب التقديم الخاص بك

بموجب القانون، يجب على جميع المستشفيات توفير مساعدة مالية لكل الأفراد والعائلات الذين يستوفون متطلبات محددة. يمكنك الحصول على رعاية مجانية أو دفع مبلغ أقل للحصول على خدمات محددة وذلك بناءً على عدد أفراد عائلتك، ودخلك، حتى إذا كان لديك تأميناً صحياً. لمعرفة سياسة المساعدة المالية لدينا، يُرجى الذهاب إلى adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance

ما الخدمات التي ينطبق عليها المساعدة المالية

- ليس جميع الخدمات مغطاة بالمساعدة المالية، لذلك سوف تحتاج للتأكد من تغطية الخدمة بالمساعدة المالية قبل الحصول عليها. لمعرفة قائمة الخدمات غير المغطاة بالمساعدة المالية، يُرجى الاطلاع على سياسة المساعدة المالية لدينا على adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance
- يُرجى ملاحظة أنه في حال تمت الموافقة على حصولك المساعدة المالية، فهذا لا يعني أنك ستحصل على الخدمات.
- إذا كان بإمكانك التأهل للحصول على خدمات برنامج Medicaid أو برامج أخرى، فإننا نشجعك على التقدم بطلب للحصول على هذه الخدمات لأنه قد يكون بها مزايا أكثر.

خطوات تعبئة البيانات المطلوبة في استمارة طلب التقديم

- 1 يُرجى تعبئة المعلومات المطلوبة عنك وعن عائلتك.
 - لا يتوجب عليك كتابة رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك.
 - نعرف الأسرة على أنها شخص أعزب، أو زوجان، أو شريك محلي مُسجل (حتى لو لم يكونوا مدرجين في إقرارك الضريبي)؛ بالإضافة إلى أي معالين تطالب بهم في إقرارك الضريبي. غالبًا ما يكون الطفل دون سن 18 عامًا معالًا. نماذج عن الأسر المعيشية:
 - المتزوجون زواجًا قانونيًا (أو الشركاء المحليون) الذين يعيشون مع بعضهم بعضًا، مع أطفالهم المعالين دون سن 18 عامًا، أو أي شخص آخر يعيش داخل منزل الأسرة أو خارجه ويطلب الزوجان بدفع ضرائبه
 - أفراد غير متزوجين ولديهم طفل واحد أو أكثر، إذا كان الطفل هو المريض
 - فرد من جنسية أخرى مكفول، وكفيله، وعائلة الكفيل
- 2 يُرجى تعبئة المعلومات حول الدخل الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل فرض الضرائب والخصومات).
- 3 يُرجى تقديم إثبات عن الممتلكات وتوضيحها لكي تساعدنا في معرفة ما إذا كنت مستحقًا للحصول على خدمات برامج Medicaid.
- 4 أرفق جميع المعلومات الأخرى التي نطلب معرفتها.
- 5 يُرجى التوقيع وتدوين التاريخ الخاص باستمارة المساعدة المالية.



للحصول على مساعدة في تعبئة البيانات في طلب التقديم، يُرجى الاتصال بـ 503-494-8551 بداية من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 9 صباحًا حتى الساعة 4:30 مساءً.

مستندات مطلوب إرفاقها مع الاستمارة



- يُرجى إرسال أحدث النسخ من المستندات الواردة أدناه التي تنطبق عليك. لن تتمكن من إعادة المستندات الأصلية
- إثبات محل الإقامة يُرجى تقديم إثبات واحد من الإثباتات التالية: فاتورة خدمات باسمك، أو عقد الإيجار، أو بيان الرهن العقاري لإقامتك، أو نسخة من رخصة القيادة، أو البطاقة التعريفية الخاصة بك. قد نطلب منك إثبات آخر لمحل الإقامة. يجب أن تكون مقيماً في ولاية أوريغون (Oregon) أو في مقاطعة مجاورة لها في ولاية واشنطن (Washington) (بينتون، كلارك، كولومبيا، كوليتز، كليكتات، لويس، المحيط الهادئ، سكامانيا، واهكياكوم، والا والا، وياكوما) مع عدم وجود نية للخروج من المنطقة.
- الإيصالات الخاصة بالراتب لآخر 3 أشهر تقويمية كاملة. في حال أنه ليس لديك الإيصالات الخاصة براتبك، فيمكنك تقديم خطاب من مديرك يشتمل على دخلك الإجمالي لآخر 3 أشهر تقويمية كاملة. يتم احتساب الدخل في الشهر الذي تم استلامه فيه (تاريخ الدفع) وليس في شهر الحصول عليه.
- عائدات ضريبة الدخل لآخر عام تم تقديمها، شاملاً أي جداول (مثل الملحق ج لدخل العمل الحر).
- خطاب يشمل الضمان الاجتماعي، أو مكافأة شؤون قدامى المحاربين، أو إعانات المعاش، التقاعدي أو ما يعادله
- قرار المطالبات من دائرة التوظيف الحكومية
- بيان نفقة الطفل و/أو النفقة الزوجية
- ورقة عمل توضح الدخل الخاص بالعمل الحر أو الربح والخسارة
- بيان خاص بالراتب لآخر 3 أشهر تقويمية كاملة
- مستندات التحقق من أي مصدر دخل آخر جرى إدراجه في طلب التقديم الخاص بك، شاملاً الدخل من الفوائد والأرباح، أو أي مصدر دخل متكرر آخر.
- بيانات من الاتحاد الائتماني/البنك؛ الحسابات الجارية وحسابات التوفير
- بيانات الودائع النقدية (CD)، أو الأسهم، أو السندات، أو حساب الاستثمار

إرسال الاستمارة

- سوف نخبرك إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية في غضون 3 أسابيع بعد حصولنا على طلب التقديم الكامل لديك والمستندات المطلوبة.
- لا يزال بإمكانك تلقي الفواتير في أثناء مراجعة الطلب.



<p>لتوصيل الاستمارة بشكل شخصي: يُرجى الاتصال بـ 503-494-8551 لتحديد المكان الأقرب لك</p>	<p>البريد: Oregon Health & Science University Patient Financial Services, RPB07 3181 SW Sam Jackson Park Road Portland, OR 97239-309897239 فاكس: 503-418-23770 البريد الإلكتروني: sfr@ohsu.edu</p>
--	--



استمارة طلب التقديم على المساعدة المالية

يُرجى تعبئة المعلومات بالكامل. إذا كانت المعلومات لا تنطبق عليك، يُرجى كتابة "لا يوجد" أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الكشف

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تحديد اللغة المفضلة لديك:

هل تقدم المريض بطلب للحصول على خدمات برنامج Medicaid؟ نعم لا

هل يتلقى المريض خدمات عامة حكومية مثل برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو برنامج الغذاء الأساسي (Basic Food)، أو برنامج خاص للتغذية التكميلية للنساء والأطفال والرضع (WIC)؟ نعم لا

هل المريض بلا مأوى حالياً؟ نعم لا

هل حاجة المريض للرعاية الطبية مرتبطة بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

ما المنشأة التي يسعى المريض للحصول على مساعدة مالية من خلالها؟ شبكة أدفنتيست الصحية بيورتلاند ((Adventist Health Portland) المركز الطبي في هيلسبورو (Hillsboro Medical Center) جامعة أوريغون للصحة والعلوم (OHSU)

يُرجى ملاحظة

- لا يمكننا ضمان استحقاقك في الحصول على مساعدة مالية، حتى إذا تقدمت بطلب.
- بمجرد إرسال استمارة التقديم الخاصة بك، فيمكننا التحقق من المعلومات كافة وقد نطلب منك معلومات إضافية أو إثبات للدخل.
- في غضون 21 يومًا بعد استلامنا لمستنداتك واستمارة التقديم الخاصة بك، فسوف نبلغك ما إذا كنت مؤهلاً للمساعدة.

معلومات خاصة بالمريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> نوع آخر (يُرجى التحديد)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	علاقة هذا الشخص بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي (يشمل العنوان الفعلي إذا كان مختلفاً)	الرقم (الأرقام) الرئيسي للاتصال () () البريد الإلكتروني:	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	<input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ التعيين: _____)	<input type="checkbox"/> لا يعمل (مدة البطالة: _____)
<input type="checkbox"/> يعمل لحسابه الخاص	<input type="checkbox"/> طالب	<input type="checkbox"/> ذو إعاقة <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> آخر (_____)

معلومات خاصة بالعائلة

يُرجى إدراج أفراد العائلة/المنازل الذين تتحمل المسؤولية المالية عنهم، بما فيهم أنت. يُرجى الاطلاع على التعليمات المتعلقة بالتعريفات ونماذج عن الأسر المعيشية. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

عدد أفراد العائلة

الاسم	تاريخ الميلاد	علاقة هذا الشخص بالمريض	اسم المدير (المدرء) أو مصدر الدخل	إجمالي الدخل الشهري (قبل فرض الضرائب):	هل هذا الشخص متقدم أيضاً بطلب الحصول على مساعدة مالية؟
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب الكشف عن الدخل المكتسب وغير المكتسب لجميع أفراد العائلة البالغين. يُرجى تقديم الدخل غير المكتسب لأي فرد دون سن 18 عاماً في منزل الأسرة.

تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:

- أجور
- بطالة
- العمل الحر
- المعاش التقاعدي
- توزيعات حساب التقاعد
- إعاقه
- دخل الضمان التكميلي
- نفقة الطفل/نفقة الزوجية
- برامج دراسة العمل (طلاب)
- تعويض العمال
- توزيعات حساب التقاعد
- آخر (يُرجى التوضيح)



معلومات خاصة بالدخل

تذكر: يجب عليك تقديم إثبات للدخل مع طلب التقديم الخاص بك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل عائلتك. يعتبر المستند الخاص بالتحقق من الدخل مطلوباً لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد العائلة الكشف عن دخلهم. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل محدد. يُرجى الاطلاع على صفحة الغلاف لمعرفة قائمة كاملة خاصة بمتطلبات الدخل تشمل نماذج الإثبات الخاصة بالدخل ما يلي:

- إيصالات الدفع الحالية (3 أشهر)؛ و
- عائد ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول، إن أمكن؛ و
- بيانات موقعة، أو خطية من المدراء أو غيرهم؛ و
- الرفض/الموافقة على أهلية الحصول على خدمات Medicaid و/أو المساعدة المالية الممولة من الدول؛ و
- الرفض/الموافقة على أحقية الحصول على تعويض البطالة
- بيانات من هيئات مالية

إذا لم يكن لديك مصدرًا للدخل، يُرجى إرفاق صفحة إضافية مع توضيحًا للوضع.

معلومات خاصة بالمصروفات

اختياري يجوز استخدامها في بعض المواقف للحصول على صورة كاملة عن وضعك المالي.

المصروفات المنزلية الشهرية:	
الإيجار/الرهن العقاري	\$ _____
أقساط التأمين	\$ _____
ديون/مصروفات أخرى	\$ _____
المصروفات الطبية	\$ _____
الخدمات	\$ _____
(نفقة الطفل، والقروض، والأدوية، ومصروفات أخرى)	\$ _____

معلومات خاصة بالامتلاكات

سوف يتم استخدام هذه المعلومات لتحديد الأهلية في الحصول على خدمات محددة من برامج Medicaid. لا تستخدم تلك المعلومات في القرارات الخاصة بالمساعدة المالية

هل عائلتك لديها هذه الامتلاكات الأخرى؟ يُرجى تحديد كل ما ينطبق عليه	رصيد الحساب الحالي \$ _____
<input type="checkbox"/> الأسهم <input type="checkbox"/> السندات حساب (حسابات) توفير الصحة <input type="checkbox"/> مؤسسة ائتمانية <input type="checkbox"/> (مؤسسات ائتمانية) <input type="checkbox"/> الامتلاكات (باستثناء محل الإقامة الأساسي) <input type="checkbox"/> امتلاك شركة خاصة	رصيد الحساب الحالي \$ _____

معلومات إضافية

يُرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كان هناك معلومات أخرى عن وضعك المالي الحالي تريد أن نعرفها، مثل الضائقة المالية، أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل المؤقت أو الدخل الموسمي، أو الخسارة الشخصية.

موافقة المريض

أدرك أن الشبكة الصحية التابعة لـ OHSU يجوز لها مراجعة المعلومات الائتمانية والحصول على معلومات من مصادر أخرى لكي تساعد في تحديد مدى الأهلية في الحصول على المساعدة المالية أو وضع خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات المذكورة أعلاه دقيقة وصحيحة على حد علمي. أدرك أنه في حال تم إثبات عدم صحة المعلومات المالية التي قدمتها، فستكون النتيجة هي رفض تقديم المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن الخدمات المقدمة ويتوقع مني دفع مقابلها.

التاريخ

توقيع الشخص المتقدم بالطلب