

رقم حساب المريض

بيانات المريض

الاسم الأخير للمريض	الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف	تاريخ الميلاد
الاسم الأخير للضامن (إن كان مختلفاً)	الاسم الأول للضامن	الاسم الأوسط للضامن
الشارع	المدينة	الولاية الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف	تاريخ الميلاد
هل تعمل في وظيفة؟	نعم	لا
هل لديك تأمين صحي؟	نعم	لا
بيانات الزوج/الشريك المنزلي		

الاسم الأخير للمريض	الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف	تاريخ الميلاد
الشارع	المدينة	الولاية الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف	تاريخ الميلاد
هل تعمل في وظيفة؟	نعم	لا
هل لديك تأمين صحي؟	نعم	لا
كم عدد الأفراد الذين تعولهم؟		
[شاملاً نفسك. يجب أن تستطيع تقديم إثبات بعدد الأفراد الذين تعولهم في إقرار الضرائب الفدرالي الخاص بك]		

ما مصادر دخلك (الرجاء تحديد الدخل الشهري أو السنوي لكل ما ينطبق):

شهرياً	سنوياً	الدخل من الوظيفة	شهرياً	سنوياً	الدخل من وظيفة الزوج
دولار	دولار	الدخل من الفوائد/ التوزيعات النقدية	دولار	دولار	الدخل من الأعمال
دولار	دولار	الدخل من الضمان الاجتماعي	دولار	دولار	الدخل من الإيجار
دولار	دولار	الدخل من النفقة الزوجية/ الإعالة	دولار	دولار	
دولار	دولار	دخل آخر	دولار	دولار	
			دولار		

إجمالي الدخل:

ملاحظة: إذا كنت طالباً يتلقى معونة مالية، برجاء تقديم نسخة أو الخطاب الموافقة على معونتك المالية المدرسية و/أو بيانات قرضك الطلابي برفقة طلبك.
ملاحظة: لدى استلام الطلب، سيتم إعداد تقرير ائتماني (قد يشمل الزوجة/الزوج)
توقيع المريض / الممثل القانوني:
التاريخ:

مطلوب: [] نموذج الإقرار الضريبي للعام السابق [] خطاب الأعباء

في حالة عدم القدرة على تقديم نسخة من نماذج الإقرارات الضريبية، يجوز تقديم المرفق:

[] 2 كعب شيك راتب حالي [] إعاقة [] بطاقة

مقّر خطة السداد: في الأحوال التي تكون فيها مؤهلاً لمساعدة مالية جزئية، سيساعدك تقديم المعلومات التالية على وضع خطة معقولة لسداد باقي مديونتك.
 الإيجار/المدفوعات المنزلية
 المرافق -
 الملابس
 مدفوعات الرعاية الطبية/العناية بالأسنان
 إعاقة الأطفال/الزوجة
 نفقات المواصلات/السيارة
 مدفوعات الرعاية الطبية/العناية بالأسنان
 إعاقة الأطفال/الزوجة

ملاحظة: مهني خطة السداد المعقولة ألا تزيد المدفوعات الشهرية عن 10 في المائة من دخل أسرتك، غير شامل الاستقطاعات والنفقات المبينة أعلاه.

(لن يُنظر في الطلب من دون المعلومات السابقة)

برجاء إعادة هذا الطلب برفقة جميع المستندات المطلوبة في غضون 10 أيام

مستشفى هنتينجتون مكرس لتيسير خدمات الرعاية الصحية لمرضانا، ويعترف بالحاجات المالية لأبناء مجتمعنا المحلي غير القادرين على تحمل المصاريف المرتبطة برعايتهم الطبية. وفي هذا الشأن يقدم مستشفى هنتينجتون مساعدة مالية للمرضى المؤهلين عند تلقيهم رعاية في حالات الطوارئ أو رعاية ضرورية طبياً. يجب أن يستوفي المرضى طلباً ويقدموا مستندات إثبات معينة ويستوفوا اشتراطات التأهل المذكورة أدناه. لا تشمل هذه السياسة أي مزودي خدمات آخرين غير مستشفى هنتينجتون.

من مؤهل للمساعدة المالية؟

يساعد برنامجنا المرضى منخفضي الدخل وغير المؤمن عليهم وأصحاب التغطية التأمينية غير الكافية الذين يحتاجون إلى مساعدة على سداد كل مصاريف رعايتهم الطبية أو بعضها. يتأهل المرضى للمساعدة المالية عندما يساوي دخلهم الأسري 350 في المائة من معايير مستوى الفقر الفيدرالية أو يقل عنها. يجوز طلب معلومات إضافية، وقد تؤثر هذه المعلومات في النهاية على قرار المستشفى.

لن يتم تحميل المرضى المؤهلون للمساعدة المالية أكثر من المبالغ المفوترة عموماً للرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية الضرورية طبياً المقدمة للمرضى أصحاب التأمين. (المبالغ المفوترة عموماً حسب تعريف قانون دائرة ضريبة الدخل القسم (r) 501). انظر الملحق (أ) في سياسة المساعدة المالية.

ماذا يغطي البرنامج؟

يغطي برنامج المساعدة المالية الرعاية الضرورية طبياً المقدمة في مستشفى هنتينجتون. فلا تشمل هذه السياسة الخدمات التجميلية الاختيارية.

كيف أتقدم للحصول على المساعدة المالية أو أحصل على مزايا السياسة كاملة؟
يوجد نموذج طلب على ظهر هذه الوثيقة يشتمل على تعليمات استيفائه.

للمساعدة في استيفاء الطلب أو لطلب نسخة من السياسة، يمكنك تلقي المساعدة من أحد المصادر التالية:

- في أي من أماكن استقبال مرضى العيادات الداخلية أو العيادات الخارجية أو قسم الطوارئ.
- اتصل بمكتب الأعمال على الرقم 5324-397-626 من 8 ص إلى 4
- (اترك رسالة بعد ساعات العمل الرسمية). توجد خدمات ترجمة حية
- بالبريد على العنوان التالي: Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (مجانياً)
- في مركز المساعدة في بهو المستشفى الرئيسي من الاثنين إلى الجمعة من 7 ص إلى 6 م.
- تنزيل تطبيق ونسخ من السياسات من الموقع الإلكتروني www.huntingtonhospital.com

هل هناك مساعدة لغوية متاحة؟

السياسة ونماذج الطلب متاحة بمعظم اللغات المستخدمة في مجتمعنا المحلي، وهي متاحة في الأماكن سالفة الذكر. توجد أيضاً خدمات ترجمة فورية.

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

الإرشادات:

استوف النموذج المالي (لن يُنظر في الطلبات غير المستوفاة)

أرفق الوثائق المطلوبة:

كعوب الدخل ونسخة كاملة من إقرار ضريبة الدخل.

خطاب الأعباء، (خطاب موجز يشرح وضعك المالي)

أرسل جميع الوثائق بريدياً إلى:

مستشفى هنتينجتون

عناية: مكتب العمل / استعراض المساعدة المالية

W California Blvd 100

Pasadena, CA 91109-7013

الرجاء زيارة: WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM للحصول على معلومات كاشفة كاملة حول البرنامج.

يسري العمل بذلك بدءاً من 2016/01/01