



مستشفى ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN

استمارة طلب المساعدة المالية

شكرا لاختيارك مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin لتلبية احتياجاتك الطبية. وقد أعربت عن رغبتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة المالية لمستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

ومن أجل النظر في الوثائق التالية، يجب استلامها في مكتبنا:

- استمارة الطلب المكتملة بما في ذلك التوقيع والتاريخ
- إثبات الدخل الشهري الحالي للمريض / الضامن والزوج، بما في ذلك: العمالة الحالية، أو إعالة الطفل، أو النفقة، أو التعويض عن البطالة، أو تعويض العمال، أو الضمان الاجتماعي، أو المعاش، أو دخل التقاعد، أو الفوائد، أو الأرباح الأخرى
- دخل إيجار العقارات
- إثبات المساعدة الحكومية، بما في ذلك بطاقات صرف الطعام، أو الإسكان المدعوم، أو برنامج النساء والرضع والأطفال
- نسخة كاملة من آخر عائدات ضريبة الدخل الاتحادية والفيدرالية المقدمة بما في ذلك جميع المرفقات
- نسخة حالية من بيانات حساب التوفير والحساب الجاري التي تظهر الرصيد الحالي
- إثبات الأصول الجارية، بما في ذلك: القصور الانتمائي، والأوراق المالية، والتأمين على الحياة، وغيرها من الأسهم العقارية
- خطاب تصديق مكتمل إذا تم مساعدتك بنفقات المعيشة اليومية

لا ترسل المستندات الداعمة الأصلية.

سيؤدي الفشل في تقديم استمارة الطلب الكاملة والوثائق الداعمة المطلوبة حسب التاريخ المحدد إلى الرفض الفوري.

ولا تعد المساعدة المالية خطة تأمين. يمكن أن تساعد المساعدة المالية في فواتير Orthopaedic Hospital of Wisconsin للمرضى غير المؤمن عليهم. سيؤدي رفض التقديم للبرامج الحكومية التي تكون مؤهلاً للاشتراك بها إلى الرفض الفوري للمساعدة المالية. وسوف تتلقى قرارك خلال 10 أيام من استلام استمارة طلب المساعدة المالية الكاملة والوثائق الداعمة.

لا تغطي المساعدة المالية الخدمات التالية:

- خصومات التأمين أو عمليات المشاركة في التسديد
- رسوم التقاضي (الإجراءات القانونية مثل تعويض العمال، وحوادث السيارات، وغيرها)
- مجموعات الفوترة الخارجية، بما في ذلك المستشفيات الأخرى، والعيادات، والمختبرات، وخدمات الأطباء، ونقل سيارات الإسعاف.

يرجى الاتصال على 961-6803-414 إذا كانت لديك أي أسئلة



استمارة الرعاية المجتمعية في مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin لتوفير معلومات إضافية عن أفراد الأسرة أو الجانب المهني الذي يخصها، استخدم الجزء الخلفي من الاستمارة

رقم (أرقام) الحساب:		رقم السجل الطبي:		يملأ موظفو المستشفى رقم السجل الطبي ورقم الحساب	
يرجى تقديم المعلومات التالية بالكامل وبدقة فالمعلومات تخضع للتحقيق يجب ملء جميع الحقول، وإذا لم تكن منطبقة، فيرجى الإشارة إلى ذلك بكتابة لا ينطبق					
اسم مقدم الطلب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد:	
العنوان:		رقم الهاتف:		الجوال: ()	
المنزل: ()		العمل: ()			
المدينة / الولاية / الرمز البريدي:		هل أنت مشمول ضمن خطة التأمين الصحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
اسم شركة التأمين					
في حال الزواج، اكتب معلومات عن الزوج أو الزوجة وعن أي أطفال قَصَر		تاريخ الميلاد لكل شخص:		رقم الضمان الاجتماعي:	
1.				الصلة بالمريض:	
2.					
3.					
الدخل: شهرياً (المريض والزوج أو الزوجة في حال الزواج) أو الأبناء والأمهات إذا كان مقدم الطلب قاصراً		أصحاب العمل يكتبون إضافياً على الجزء الخلفي			
دخل الأسرة (قبل الضرائب) (W2 أو 1099)		صاحب العمل (مقدم الطلب) أو الوالد (إذا كان قاصراً)			
يشمل إعانات البطالة		تاريخ التوظيف			
معاش / ضمان اجتماعي / دخل العجز		تاريخ الإنهاء			
دعم الطفل / النفقة المستلمة		أصحاب العمل الإضافي في السنة التقويمية			
إرفاق دليل الدعم الشهري		تاريخ التوظيف			
دخل إيجار العقارات		تاريخ الإنهاء			
الأصول: رصيد الحساب الجاري / حساب الادخار لا تشمل أرصدة حسابات المعاش		معلومات عمل الزوجين الإضافية للسنة التقويمية:			
معلومات توظيف الزوجين		رقم الهاتف		رقم الهاتف	
تاريخ التوظيف		تاريخ الإنهاء		تاريخ الإنهاء	

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه تعد بياناً دقيقاً وصحيحاً لمعلوماتي المالية. كما أقر أيضاً بعدم وجود تغطية تأمينية إضافية لهذا المريض بخلاف ما كان مدرجاً في وقت التسجيل. وأدرك أن تقديم معلومات خطأ سيؤدي إلى رفض طلب أي نوع من المساعدة المالية من مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin. إذا كان بحق لي اتخاذ أي إجراء أو الحصول على تسوية من جهات دافعة لطرف آخر، فسوف أتخذ أي إجراء ضروري أو مطلوب من قبل مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin للحصول على هذا التعويض وسأحال إلى هذا المستشفى، وعند الاستلام سأدفع إلى المستشفى جميع المبالغ المستردة والتي تصل إلى المبلغ الإجمالي للرصيد المستحق على فاتورتني. وقد يؤدي إخفاقي في التقدم بطلب للحصول على هذا التعويض أو متابعة عملية الطلب أو اتخاذ تلك الإجراءات الضرورية والمطلوبة من قبل مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin بصورة معقولة إلى رفض هذا الطلب. كما أنني أفوض أيضاً مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin بفحص تاريخ الائتمان الخاص بي من خلال مكتب الائتمان إذا لزم الأمر.

تجب إعادة الطلب المكتوب بالكامل بواسطة _____ للنظر فيه.

إرسال إلى مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin
W. River Woods Parkway 475
Glendale, WI 53212
اهتمام: المدير المالي

قد يتم رفض الطلب غير المكتمل وإعادته بسبب المعلومات المفقودة

التاريخ

توقيع المريض (الطرف المسؤول)

للاستخدام الإداري فقط

التاريخ

توقيع المعتمدين

