



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN مستشفى

استماراة 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 مكتبا:

- استماراة 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 الانتماني، والأوراق المالية، والتأمين على الحياة، وغيرها من الأسهم العقارية
- خطاب تصديق مكتمل إذا تم مساعدتك ببنقات المعيشة اليومية

لا ترسل المستندات الداعمة الأصلية.

سيؤدي الفشل في تقديم استماراة 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 تلتقي قرارك خلال 10 أيام من استلام استماراة 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، والمخبرات، وخدمات الأطباء، ونقل سيارات الإسعاف.

يرجى الاتصال على 414-6803-961 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 تكون منطبق، فيرجى الإشارة إلى ذلك بكتابية لا ينطبق		
تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي:	اسم مقدم الطلب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
الجوال: ()	رقم الهاتف:	العنوان:
المنزل: ()	العمل: ()	
هل أنت مشمول ضمن خطة التأمين الصحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
اسم شركة التأمين		
الصلة بالمريض:	رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد لكل شخص:
في حال الزواج، اكتب معلومات عن الزوج أو الزوجة وعن أي أطفال قصر		
.1		
.2		
.3		
الدخل: شهرياً (المريض والزوج أو الزوجة في حال الزواج) أو الآباء والأمهات إذا كان مقدم الطلب قاصراً		
رقم الهاتف	صاحب العمل (مقدم الطلب) أو الوالد (إذا كان قاصراً)	\$
تاريخ الإنتهاء	تاريخ التوظيف	\$
رقم الهاتف	أصحاب العمل الإضافي في السنة التقويمية	\$
تاريخ الإنتهاء	تاريخ التوظيف	\$
الأصول: رصيد الحساب الجاري / حساب الأدخار لا تشمل أرصدة حسابات المعاش		
رقم الهاتف	معلومات عمل الزوجين الإضافية السنة التقويمية:	رقم الهاتف
تاريخ الإنتهاء	تاريخ التوظيف	تاريخ الإنتهاء
تاريخ التوظيف		

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه تعد بياناً دقيقاً وصحيحاً لمعلوماتي المالية. كما أقر أيضاً بعدم وجود تعطيلية 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 يحق لي اتخاذ أي إجراء أو الحصول على تسوية من جهات دافعة لطرف آخر، فسوف أتخاذ 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 المسترددة والتي تصل إلى المبلغ الإجمالي للرصيد المستحق على فاتورتي. وقد يؤدي إخفافي في التقدم بطلب للحصول على هذا التعويض أو متابعة عملية الطلب أو اتخاذ تلك الإجراءات الضرورية والمطلوبة من قبل مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin ب بصورة معقولة إلى رفض هذا الطلب. كما أتفق أيضاً مستشفى Orthopaedic Hospital of Wisconsin بخصوص تاريخ الانتهاء المحدد بي من خلال مكتب الائتمان إذا لزم الأمر.

**تُجب 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)
لاستخدام الإداري فقط	
التاريخ	توقيع المعتمدين

