

التاريخ: _____

الحساب (الحسابات): _____

عزيزي المريض: _____

تلتزم Enloe Health بتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين ليس لديهم تأمين صحي وبدفع تكاليف الرعاية الطبية اللازمة للمرضى المؤمن عليهم الذين لديهم تكاليف طبية عالية. مهما يكن الأمر، فإننا ندرك أن خدمات الرعاية الصحية لا ينبغي أن تمثل عبئًا كارثيًا على المرضى المؤمن عليهم وعائلاتهم الذين لديهم من تكاليف طبية مرتفعة.

لقد أوضحت أنه من الصعب عليك أن تدفع مقابل الخدمات التي تلقيتها مؤخرًا في Enloe Health. المساعدة المالية محدودة ومن أجل تحديد المؤهلين، فإن سياستنا تتمثل في تقييم دخلك بالمقارنة مع إرشادات الدخل الفيدرالية. إذا كان لديك تأمين صحي، فإننا نطبق معايير إضافية تحدد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية كاملة أو جزئية بسبب ارتفاع النفقات الطبية. لإكمال تقييمنا، نطلب منك تقديم الطلب المرفق وإعادته مع العناصر التالية.

الوثائق المطلوبة:

1. أكمل وجهي البيان المالي السري (مرفق)
2. قم بتضمين نسخة من أي خطابات/بيانات رفض من برنامج Medi-Cal (إن أمكن)
3. قم بتضمين نسخة من كشف حسابك البنكي الأخير، والشيكات والتوفير، جميع الصفحات.
4. إذا كان لديك حسابات في سوق المال أو أسهم أو عقارات ذات دخل بخلاف مقر إقامتك الأساسي، فسنحتاج إلى الاطلاع على بيان لكل حساب. يرجى ملاحظة: لا يتم تضمين خطط التقاعد المؤهلة عند حساب الدخل.
5. إذا كنت موظفًا، فيرجى تضمين نسخة من آخر بيان للراتب لكل فرد من أفراد الأسرة.
6. إذا كان التوظيف متقطعًا، فيرجى تضمين نسخة من الإقرار الضريبي للعام الماضي بدلاً من بيانات الراتب.
7. إذا لم تكن موظفًا حاليًا، فيرجى تضمين دليل على التأمين ضد البطالة أو التأمين الحكومي ضد العجز أو الضمان الاجتماعي.
8. إذا كنت مؤمنًا عليك ولديك تكاليف طبية عالية، فيرجى تقديم دليل على مسؤولية المريض تجاه مقدمي الخدمات الطبية بخلاف Enloe Health (إن أمكن).
9. يرجى تضمين خطاب يوضح وضعك المالي وسبب عدم قدرتك على دفع فاتورتك. تساعدنا رسالتك الشخصية على فهم وضعك وسبب الحاجة إلى المساعدة المالية.

ملحوظة: إذا كنت غير قادر على تقديم أي معلومات مطلوبة، يرجى توضيح السبب في خطاب المشقة. إذا كان لديك أي أسئلة حول ما هو مطلوب، يرجى الاتصال بممثل خدمة العملاء الخاص بك.

يجب استلام جميع الوثائق في غضون أسبوعين من تاريخ هذه الرسالة وإلا فقد تنتهي صلاحية طلبك. سنقوم بمعالجة الطلبات الكاملة خلال ٦٠ يومًا من استلامها وسنخطرك بقرارنا.

مع احترامي،

الخدمات المالية للمرضى

financialcounselors@enloe.org

٦٣٥٠-٣٣٢-٥٣٠

اسم المريض _____
رقم الحساب (أرقام الحسابات) _____ تاريخ الخدمة (الخدمات). _____

الطرف المسؤول* الزوج أو الشريك المحلي

الاسم	الاسم
العنوان	العنوان
التليفون	التليفون
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الضمان الاجتماعي
اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل	عنوان صاحب العمل
تليفون صاحب العمل	تليفون صاحب العمل

الحالة الاجتماعية (الدائرة الأولى): متزوج أعزب مطلق أرمل غير متزوج شريك

معلومات عائلية:

يرجى إدراج جميع الأشخاص الذين يعيشون معك بالإضافة إلى أي أطفال يبلغون من العمر ٢١ عامًا أو أقل، سواء كانوا يعيشون معك أم لا.

الاسم: السن: العلاقة بك:

_____	_____	_____	١.
_____	_____	_____	٢.
_____	_____	_____	٣.
_____	_____	_____	٤.
_____	_____	_____	٥.
_____	_____	_____	٦.

يرجى إكمال الوجه الآخر.

دخل الأسرة الشهري

إجمالي الدخل الشهري من الأجور: إيرادات الإيجار _____ بالدولار: دولار _____
المساعدات العامة/ قسائم الغذاء: المنح _____ بالدولار: دولار _____
الضمان الاجتماعي: تعويضات العاملين _____ بالدولار: دولار _____
تعويض البطالة: أخرى _____ بالدولار: دولار _____
دعم الطفل / النفقة: دولار _____

إجمالي الدخل: دولار _____

الأصول النقدية

الادخار أو سوق المال: قيمة السهم _____ بالدولار: دولار _____
الأرباح: مدفوعات الفائدة _____ بالدولار: دولار _____
ممتلكات أخرى غير مكان الإقامة الأساسي: بالدولار _____ IRAs: دولار _____
أخرى: دولار _____

إجمالي الأصول: دولار _____

نفقات

المدفوعات الشهرية للمنزل/الإيجار: الطبية/الأسنان _____ بالدولار: دولار _____
التأمين الصحي مميز المواصلات _____ بالدولار: دولار _____
الخدمات/التليفون المنزلي: رعاية الطفل / الرسوم الدراسية _____ بالدولار: دولار _____
الغذاء/المنزل/الضروريات الشخصية: أخرى _____ بالدولار: دولار _____
دعم الطفل/النفقة: دولار _____

إجمالي النفقات: دولار _____

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أسمح لـ Enloe Health بالتحقق من أي وجميع المعلومات بما في ذلك تقرير الائتمان والدخل والأصول النقدية. أدرك أنه قد يُطلب مني تقديم دليل على المعلومات المطلوبة. بالإضافة إلى ذلك، أشهد أن جميع البيانات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي. إذا تقرر أن المعلومات التي قدمتها غير كاملة أو خاطئة، فقد يتم إلغاء أي خصم على فاتورتي، وقد يُتوقع مني السداد بالكامل.

إذا تلقيت دفعة من شركة تأمين أو تعويضات العمال أو أي طرف ثالث، فإنني أوافق على إبلاغ Enloe Health بهذه الدفعة. أدرك أن المستشفى يحتفظ بحقه في تحصيل الرسوم الأصلية كاملة الفاتورة في حالة قيام طرف ثالث بدفع كامل أو جزئي مقابل خدمات Enloe Health.

التاريخ

توقيع المريض أو الوصي القانوني

التاريخ

توقيع الزوج أو الشريك المحلي

*يجب إكمال هذه الوثيقة من قبل الأوصياء القانونيين للمريض إذا كان المريض قاصرًا.

**توجد منظمات مجانية للدفاع عن المستهلك ستساعدك على فهم عملية إعداد الفواتير والدفع.

يمكنك الاتصال بتحالف متلقي خدمات الرعاية الصحية على الرقم ٣٥٣٦-٨٠٤-٨٨٨ أو زيارة www.healthconsumer.org لمزيد من المعلومات.