

الطلب الموحد للحصول على المساعدة المالية من المستشفيات بولاية نيويورك

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لدفع فواتيرك إذا لم تكن لديك تغطية تأمينية، أو إذا استنفدت تغطيتك التأمينية، أو إذا كنت تمتلك تأميناً صحياً ولكن لديك إثبات على وجود نفقات طبية مدفوعة بإجمالي يتجاوز نسبة 10% من دخلك. بإكمالك لهذا النموذج، سيتم البدء في معالجة طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. تستخدم جميع المستشفيات في ولاية نيويورك هذا النموذج.

يجب طباعة هذا الطلب باللغات الأساسية¹ التي يتحدث بها المرضى الذين يقدم لهم المستشفى الخدمات.

اسم المريض (المعلومات الكاملة المنطبقة)

الاسم الكامل للمريض (الاسم الأول، الأوسط، الأخير)		
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)		
العنوان		رقم الشقة/الوحدة
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف جهة التواصل		
اسم ولي الأمر/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً فاقد الأهلية)		
البريد الإلكتروني (إن وجد)		

معلومات الأسرة:

يرجى إدراج جميع أفراد أسرته المعيشية أدناه. تشمل أسرته المعيشية: نفسك، وزوجك/زوجتك أو شريك/شريكة حياتك، وأي أطفال أو أي مُعالين آخرين. على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي.

إجمالي الدخل هو قيمة دخلك قبل اقتطاع الضرائب.

ويمكن أن يشمل إجمالي الدخل ما يلي: دخل العمل (الأجور والرواتب والإكراميات والأرباح من العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (مخصصات الضمان الاجتماعي ومخصصات الإعاقة وإعانات البطالة)، والمساهمات (الأموال المقدمة من العائلة أو الأصدقاء)، ومصادر الدخل الأخرى (المساعدات المؤقتة، ودخل الضمان التكميلي).

الاسم الكامل	الصلة	مُجمّل الدخل الإجمالي (الحالي)
	نفسك	

¹ تشمل "اللغات الأساسية" أي لغة يتم استخدامها للتواصل في ما لا يقل عن 5% من زيارات المرضى سنوياً، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من سكان المنطقة الرئيسية التي يخدمها المستشفى، وفقاً للمعلومات الديموغرافية المتاحة من مكتب التعداد السكاني بالولايات المتحدة (United States Bureau of the Census)، مدعومة ببيانات أنظمة المدارس.

قد يطلب منك المستشفى تقديم وثائق لإثبات الدخل؛ وقد تشمل الأمثلة على هذه الوثائق: كعب شيك الراتب، أو خطاب من صاحب العمل إن أمكن، أو نموذج 1040 الضريبي.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي شكل من أشكال التأمين الصحي، بما في ذلك التأمين من برنامج Medicaid، أو برنامج Medicare، أو التأمين الخاص المُقدّم عبر جهة العمل أو التأمين الخاص الذي اشتريته بنفسك؟

☐ نعم ☐ لا

إذا أجبت بـ"لا"، فهل ترغب في الحصول على مساعدة في التقدم بطلب لأي من هذه البرامج؟

☐ نعم ☐ لا

المرضى المشمولون بتغطية تأمينية غير كافية: الأشخاص الذين يتمتعون بتغطية تأمينية لكن لديهم نفقات طبية مرتفعة. إذا كنت تمتلك تأمينًا صحيًا، يرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال آخر 12 شهرًا

دولار

قد يطلب منك المستشفى تقديم وثائق تثبت النفقات الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: إذا لم يكن الموقع هو المريض نفسه، يرجى ذكر اسم الشخص الموقع على النموذج وسلطته القانونية للتوقيع نيابةً عن المريض (مثل الزوج/الزوجة، ولي الأمر، الممثل القانوني).

أدرك أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتدقيق من جانب مصادر خارجية للتحقق من صحتها. أقر بأن جميع المعلومات المقدمة حقيقية وكاملة على حد علمي.

الاسم بأحرف واضحة	التاريخ
الصلة بالمريض	
التوقيع	