

للإستخدام الإداري فقط
المؤسسة: Long Island Community
الحساب: _____
السجل الطبي: _____

طلب المساعدة المالية (المرفق أ)

للإستخدام الإداري فقط
طلبعة المريض: _____
مبلغ W/O دولار: _____
طريقة الحساب: _____

1. معلومات عن المريض

إسم المريض: _____
(اللقب) (الإسم) (الإسم الأوسط) (رض إ - غير مطلوب) (تاريخ الميلاد)
إسم الضامن: _____
(اللقب) (الإسم) (الإسم الأوسط) (رض إ - غير مطلوب) (تاريخ الميلاد)
العنوان: _____
(الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)
هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: الهاتف الخليوي: _____

2. معلومات عن الأسرة

الحالة الإجتماعية للمريض: (ضع دائرة على واحدة)	متزوج	أعزب	منفصل	العدد الإجمالي في المنزل:
اسم (أسماء) الزوج و إسم الشخص تحت الإعالة: (أرفق ورقة منفصلة للأشخاص تحت الإعالة الإضافيين)				رقم الضمان الإجتماعي (غير مطلوب)
				تاريخ الميلاد

3. معلومات التوظيف الحالية

اسم الموظف (المريض أو الضامن أو الزوج أو المعال):	اسم صاحب العمل وعنوانه وتواريخ التوظيف
	تاريخ التوظيف:
	تاريخ التوظيف:
	تاريخ التوظيف:

4. معلومات عن التأمين (أرفق أوراق منفصلة للحصول على معلومات تأمين إضافية)

هل أنت مشمول أو تتقدم بطلب للحصول على أي تأمين صحي (بما في ذلك خطط NY State of Health و Medicaid)؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: (بما في ذلك اسم شركة التأمين، والعنوان، ورقم الهاتف، ورقم البوليصه / المجموعة، ومعلومات المشترك)		

5. معلومات أخرى

هل العلاج ناتج عن حادث أو إصابة؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ الحادث: وصف موجز للحادث: الشارع والمدينة وحالة الحادث: هل سيشمل مالك المنزل أو تأمين المسؤولية؟		

لا يتعين عليك دفع أي مبلغ إلى المستشفى حتى يرسل لك المستشفى رسالة مع قرارك بشأن طلبك

طلب المساعدة المالية

(المرفق ب)

6. البيان المالي

أدخل الإجماليات للمريض، والضامن، والزوجة، والمعالين: (أضف أوراق إضافية حسب الضرورة)

المبلغ:	الدخل الشهري:
\$	إجمالي الأجور والرواتب والإكراميات
\$	الضمان الاجتماعي
\$	العجز
\$	البطالة
\$	دعم الطفل
\$	التفقة / الإعالة
\$	إيرادات الإيجار
\$	دخل الملكية
\$	المعاش
\$	توزيعات الأرباح / الفوائد
\$	الدخل الآخر (يرجى التحديد):
\$	
\$	
\$	

الشهادة

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة على أقصى حد علمي. أدرك أن المعلومات الاحتياطية أو المضللة ستجعلني غير مؤهل لأي مساعدة مالية. أسمح بالإفصاح عن أي معلومات مطلوبة للتحقق من المعلومات المقدمة، والفواتير، والتحصيل وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. علاوة على ذلك، سأقدم طلباً للحصول على أي مساعدة (Medicaid، و Medicare، و Insurance، وما إلى ذلك) والتي قد تكون متاحة لدفع رسوم المستشفى الخاصة بي، وسأأخذ أي إجراء ضروري بشكل معقول للحصول على هذه المساعدة وسأخصص أو أدفع إلى المستشفى المبلغ المسترد لرسوم المستشفى.

أدرك أن هذا الطلب مقدم حتى يتمكن المستشفى من تحديد أهليتي للحصول على المساعدة المالية بناءً على المعايير المحددة في الملف في المستشفى.

بالإضافة إلى ذلك، أوافق على تقديم معلومات إضافية على النحو المطلوب لتحديد الأهلية. أوافق على إبلاغ مستشفى لونغ آيلاند كوميونيتي (Long Island Community) بأي تغيير في احتياجاتي أو أهلية التأمين أو الدخل أو الممتلكات أو ترتيبات المعيشة أو العنوان فور حدوثها.

توقيع مقدم الطلب: التاريخ _____

توقيع الباحث: التاريخ _____

لا يتعين عليك دفع أي مبلغ إلى المستشفى حتى يرسل لك المستشفى رسالة مع قرارك بشأن طلبك

Long Island Community Hospital

مستشفى لونج آيلاند كوميونيتي

مرفق طلب المساعدة المالية لمستشفى لونج آيلاند كوميونيتي (Long Island Community Hospital):

عملية التقدم للحصول على مساعدة مالية:

1. أكمل الطلب المرفق بالكامل

2. أعد الطلب المكتمل في غضون 30 يوم إلى:

Long Island Community Hospital
101 Hospital Road
Patchogue, NY, 11772
Attn: Financial Counseling

3. بعد استلام جميع العناصر، سيتم مراجعة طلبك وسيتم إخطارك كتابيًا بقرارك في غضون 30 يوم

مهم

- طلب المساعدة المالية هذا مخصص لرسوم المستشفى ولا يغطي رسوم الطبيب أو الرسوم المهنية الأخرى.
- لا يغطي برنامج المساعدة المالية رسوم الغرفة الخاصة أو رسوم الأغراض الشخصية الأخرى
- لا يغطي برنامج المساعدة المالية الخدمات الاختيارية التي يغطيها التأمين والتي لا تقبلها مستشفى Long Island Community Hospital

إذا كان لديك أي أسئلة، فلا تردد في الاتصال بنا على الرقم: 687 - 4653 - (631)

المخلص؛

استشارات مالية

لا يتعين عليك دفع أي مبلغ إلى المستشفى حتى يرسل لك المستشفى رسالة مع قرارك بشأن طلبك

مستشفى لونج آيلاند كوميونيتي (Long Island Community Hospital)

101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772، الهاتف: 4653 - 687 - 631 الفاكس: 3758 - 447 - 631