

# طلب الحصول على المساعدة المالية

اسم المريض: \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة: سيساعد إكمال هذا الطلب نظام نورث ويسترن ميموريال للرعاية الصحية (NMHC) على تحديد ما إذا كان يمكنك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة أو برامج عامة أخرى يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك.

إذا كنت غير مؤمن عليك، فلا يلزم الحصول على رقم الضمان الاجتماعي للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة.

ومع ذلك، يعد رقم الضمان الاجتماعي ضروريًا لبعض البرامج العامة، بما في ذلك المساعدة الطبية. لا يلزم توفير رقم الضمان الاجتماعي، ولكنه سيساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة. يُرجى ملء هذا النموذج وتقديمه شخصيًا أو عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس لتقديم طلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة خلال 240 يومًا بعد تاريخ الخروج أو تلقي الرعاية بعبادة خارجية. يقر المريض بأنه أو أنها بذلت جهدًا بحسن نية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة NMHC في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية أم لا.

إذا كنت غير مؤمن عليك وتستوفي معايير أهلية افتراضية محددة، فلن يطلب منك إكمال هذا الطلب.

الالتحاق ببرامج المساعدة للأفراد ذوي الدخل المنخفض:

- برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)  
 برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)  
 برنامج إينيوي المجاني للغداء والإفطار (LIHEAP)

- التشريد  
 متوفي بدون تركة  
 العجز العقلي مع عدم وجود أحد للتصرف نيابة عن المريض  
 استحقاق المساعدة الطبية، ولكن ليس تاريخ الخدمة

مقدم الطلب			
اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	
عنوان المنزل	المدينة	الدولة	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخليوي	عنوان البريد الإلكتروني	
طريقة الاتصال المفضلة	<input type="checkbox"/> بريد الولايات المتحدة	<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني	<input type="checkbox"/> هاتف المنزل
الحالة الاجتماعية لمقدم الطلب	<input type="checkbox"/> متزوج	<input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> مُنفصل
الوضع الوظيفي	<input type="checkbox"/> مُوظف	<input type="checkbox"/> عامل لحسابه الخاص	<input type="checkbox"/> متقاعد
اسم صاحب العمل	رقم الهاتف	عاطل عن العمل - آخر تاريخ عمل: _____	
عنوان صاحب العمل	المدينة	الدولة	الرمز البريدي
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل (بما في ذلك تأمين كوبرا) <input type="checkbox"/> التأمين الصحي غير المنصوص عليه			

الزوج / الشريك / الوالد / الكفيل (إن وجد)			
العلاقة	<input type="checkbox"/> زوج	<input type="checkbox"/> شريك	<input type="checkbox"/> والد
اسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	
الوضع الوظيفي	<input type="checkbox"/> مُوظف	<input type="checkbox"/> عامل لحسابه الخاص	<input type="checkbox"/> متقاعد
اسم صاحب العمل	رقم الهاتف	عاطل عن العمل - آخر تاريخ عمل: _____	
عنوان صاحب العمل	المدينة	الدولة	رمز بريد
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل (بما في ذلك تأمين كوبرا) <input type="checkbox"/> التأمين الصحي غير المنصوص عليه			

التغطية التأمينية			
1. هل أنت مشمول أو مؤهل للحصول على أي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك تغطية الأجنبي، ومنصة التأمين الصحي، واستحقاقات المحاربين القدامى، <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
a. إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى تقديم المعلومات التالية:			
حامل البوليصة	رقم البوليصة	المؤمن	رقم البوليصة
حامل البوليصة	رقم البوليصة	المؤمن	رقم البوليصة

# طلب الحصول على المساعدة المالية

اسم المريض: \_\_\_\_\_  
رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

الاستبيان	
1. هل كنت مقيم في إلينوي عندما تلقيت رعايتك؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
2. هل أنت مواطن أجنبي مقيم في إلينوي بتأشيرة دخول إلى الولايات المتحدة؟ a. إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوع التأشيرة؟ _____	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
3. هل تسعى للحصول على مساعدة مالية للرعاية التي تتلقاها في غرفة الطوارئ لدينا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
4. إذا كنت مطلقاً أو منفصلاً، هل زوجك/شريكك السابق مسؤول ماليًا عن الرعاية الطبية بموجب اتفاق الفسخ أو الانفصال؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/>
5. هل العلاج المُقدم ذو صلة بأي مما يلي؟ □ حادث □ جريمة □ إصابة في مكان العمل □ غير ذلك: _____	
6. هل وظيفت محامياً أم أنك تسعى للمطالبة بإصابتك أو مرضك؟ a. إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تقديم ما يلي: _____	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
اسم المحامي _____ رقم هاتف المحامي _____	
7. هل سبق لك أن تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية؟ (قد نطلب منك القيام بذلك) a. إذا كانت الإجابة بلا، يُرجى التحقق من كل ما ينطبق أدناه: □ عمرك 19 سنة أو أصغر □ عمرك 65 سنة أو أكثر □ تعاني من إعاقة على النحو الذي تحدده إدارة الضمان الاجتماعي □ أنت تتناول أدوية للسيطرة على مرض السكري □ أنت حاملاً □ لديك أطفال تحت سن 19 يعيشون معك □ أرتفاع ضغط الدم أو النوبات □ أنت أعشى □ أنت حاملاً □ لديك أطفال تحت سن 19 يعيشون معك	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم - غير مؤهل <input type="checkbox"/> نعم - في انتظار الموافقة <input type="checkbox"/>

الأصول	
1. الملكية. يُرجى تقديم معلومات عن أي ملكية (المباني و/أو الأراضي) التي تملكها بخلاف إقامتك الأساسية. a. ما هي قيمة جميع المباني والأراضي مطروحاً منها المبلغ المُستحق على الملكية؟ i. هل تُستخدم هذه الملكية كدخل؟ b. ما هي قيمة الأرض (بدون مباني) مطروحاً منها المبلغ المُستحق على الملكية؟ i. هل تُستخدم هذه الملكية كدخل؟	لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____ لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____ لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____ لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____
2. الحسابات المصرفية/الاستثمارات. يُرجى سرد الرصيد الحالي الإجمالي لكل من التالي: a. حسابات جارية/ حسابات التوفير/حسابات الاتحاد الائتماني: b. استثمارات أخرى (السندات والأسهم، وما إلى ذلك باستثناء حساب التقاعد الفردي (IRA) و/أو حسابات التقاعد):	لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____ لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____ لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____ لا يوجد <input type="checkbox"/> \$ _____

أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. سأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو فيدرالية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. وأنا أفهم أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق من صحتها من قبل NMHC، وأنا أفوض NMHC للاتصال بأطراف خارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا التطبيق. أنا أفهم أنني إذا قدمت عن قصد معلومات غير صحيحة في هذا الطلب، أو إذا كان التطبيق خلاف ذلك يحتوي على خطأ مادي أو إغفال، فلن أكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، وأي مساعدة مالية تمنح لي قد يتم إلغاؤها وسأكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة.

توقيع الزوج /الشريك/الوالد/الكفيل (إن وجد) \_\_\_\_\_

تاريخ \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

تاريخ \_\_\_\_\_

يُرجى إعادة الطلب المكتمل والمستندات الداعمة إلى:  
نظام نورث ويسترن ميموريال للرعاية الصحية  
تنبيه: الاستشارات المالية  
675 نورث سانت كلير، 2-110  
شيكاغو، إلينوي 60611  
هاتف 312.926.6906 أو 800.423.0523  
فاكس 312.694.0447  
finapps@nm.org

# طلب الحصول على المساعدة المالية

اسم المريض:

رقم السجل الطبي:

## المستندات الداعمة للمساعدة المالية المطلوبة

يُرجى تقديم المستندات المطلوبة أدناه. سيتم تأخير طلبك أو رفضه في حالة عدم تضمين أي من المستندات المطلوبة. إذا لم تتمكن من تقديم مستند، يُرجى تقديم خطاب تفسير.

### المستندات الأساسية:

- المستندات الضريبية: قَدِّم أحدث إقرار ضريبي اتحادي خاص بك وW-2 أو نموذج دائرة الإيرادات الداخلية T-4506: طلب نسخة من الإقرار الضريبي.
- بطاقة هوية سارية صادرة عن الحكومة:
  - رخصة القيادة، جواز السفر، وما إلى ذلك.
- إثبات الإقامة في إلينوي: قَدِّم واحد على الأقل من المستندات التالية.
  - بطاقة هوية صادرة عن الدولة أو رخصة قيادة سارية المفعول
  - فاتورة مرافق حديثة بعنوان إلينوي
  - بطاقة تسجيل الناخبين في إلينوي
  - البريد الحالي الموجه إلى مقدم الطلب من حكومة أو مصدر آخر موثوق به
  - خطاب من مأوى للمشردين
- إثبات الدخل: تقديم جميع المستندات المعمول بها المذكورة أدناه.
  - نُسخ من أحدث اثنين من شيكات أو كعوب إيصال البطالة
  - نُسخ من أحدث اثنين من شيكات أو كعوب إيصال صاحب العمل
  - نُسخ من أحدث اثنين من شيكات أو كعوب إيصال الضمان الاجتماعي
- إثبات الأصول: قم بتوفير أحدث بيان لجميع الحسابات الجارية والتوفير والاتحاد الائتماني.
- الطلب المكتمل والموقع

### مستندات تكميلية/أخرى:

- إثبات الدخل بدون أجر: تقديم المستندات التالية المعمول بها، فقط إذا لم تقدم إقرارًا ضريبيًا للسنة التقويمية السابقة أو إذا كان أي من مصادر الدخل التالية سيختلف بين هذه السنة التقويمية والسنة التقويمية السابقة.
  - بيان دخل النفقة
  - بيان دخل الأعمال
  - بيان دخل التقاعد أو المعاش التقاعدي
- إذا كنت متزوجًا أو في اتحاد مدني: تقديم المستندات التالية المعمول بها فيما يتعلق بزوجتك / شركتك
  - إثبات الدخل والدخل بدون أجر (على النحو المبين أعلاه)
  - إقرار ضريبي اتحادي وW-2 أو نموذج دائرة الإيرادات الداخلية T-4506: طلب نسخة من الإقرار الضريبي.
  - أحدث بيان لجميع الحسابات الجارية والتوفير والاتحاد الائتماني.
- تكميلية / أخرى (إن وجد):
  - إذا كنت مواطن أجنبي، فأذن نسخة من جواز سفرك وتأشيرة الولايات المتحدة
  - بطاقة التأمين الصحي (يُرجى نسخ الجهة الأمامية والخلفية)
  - خطاب موافقة/رفض المساعدة الطبية
  - خطاب دعم (أي إذا كانت نفقات المعيشة الخاصة بك تُدفع من قبل طرف آخر)