

## طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة.

أكمل هذا الطلب لمساعدة نورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية في معرفة ما إذا كان بإمكانك الحصول على الآتي:

- خدمات مجانية أو مخفضة
- برامج عامة أخرى يمكن أن تساعدك على دفع تكاليف الرعاية الصحية

إذا لم يكن لديك تأمين صحي: لا تحتاج إلى رقم ضمان اجتماعي للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة

رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. لا يُطلب منك تقديم رقم الضمان الاجتماعي، ولكن القيام بذلك سيساعد نورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية على معرفة ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة.

املاً الاستمارة وقدمها بنفسك أو عبر البريد العادي أو البريد الإلكتروني أو الفاكس مع جميع المستندات المطلوبة عليك تقديم طلبك كاملاً مع المستندات الداعمة خلال منتين وأربعين (240) يوماً من تاريخ خروجك من المستشفى أو حصولك على خدمة خارجية.

بالتوقيع على هذه الاستمارة، أنت تؤكد أنك سعت بجدية للتقدم بطلب رعاية مجانية أو مخفضة خلال منتين وأربعين (240) يوماً من تاريخ الخروج أو من يوم تلقي الرعاية الخارجية. إضافة إلى ذلك، فأنت تُقر بأنك بذلت جهداً حسن النية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في هذا الطلب حتى تتمكن نورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية من تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا.

إذا لم يكن لديك تأمين صحي وتتوفر فيك معايير محددة: فلست بحاجة إلى تعبئة البيانات بهذا الطلب.

- ☐ تعاني من التشرد.
- ☐ المريض متوفى ولا يوجد زوج/زوجة أو تركة.
- ☐ لا تستطيع اتخاذ قراراتك بنفسك (بسبب عجز عقلي) ولا يوجد شخص يتصرف بالنيابة عنك.
- ☐ أنت مؤهل لبرنامج Medicaid، ولكن ليس في تاريخ الخدمة.
- ☐ اختر أي برنامج من البرامج التي أنت مسجل بها.
- ☐ برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال
- ☐ برنامج المساعدة الغذائية التكميلية
- ☐ برنامج الغذاء والإفطار المجاني في إلينوي
- ☐ برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية في إلينوي

معلوماتك			
الاسم		رقم الضمان الاجتماعي	
عنوان المنزل		المدينة	الولاية
رقم هاتف المنزل		البريد الإلكتروني	
طريقة الاتصال المفضلة		الدخل السنوي للأسرة	
<input type="checkbox"/> بريد الولايات المتحدة <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف المنزلي <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي		<input type="checkbox"/> أنا أعاني من التشرد <input type="checkbox"/> عدد الأشخاص في أسرتك (كما هو مذكور في ضرائبك):	
الحالة الاجتماعية		الحالة الوظيفية	
<input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> منفصل/ة <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة		<input type="checkbox"/> موظف/ة <input type="checkbox"/> موظف/ة حر/ة <input type="checkbox"/> متقاعد/ة <input type="checkbox"/> عاجز/ة <input type="checkbox"/> غير موظف/ة (يرجى ذكر آخر تاريخ توظيف لك)	
اسم صاحب العمل		رقم الهاتف	
عنوان صاحب العمل		المدينة	الولاية
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل الذي تعمل لصالحه، بما في ذلك COBRA		<input type="checkbox"/> صاحب العمل لا يُقدّم لك تأميناً صحياً.	

## طلب المساعدة المالية

اسم المريض \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي (MRN) \_\_\_\_\_

التغطية التأمينية		
هل أنت مشمول أو مؤهل للحصول على أي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>التأمين الصحي الدولي/أثناء السفر</li> <li>خطط سوق التأمين الصحي</li> <li>إعانات المحاربين القدامى</li> <li>Medicaid</li> <li>Medicare</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت إجابتك بنعم، يرجى تقديم المعلومات التالية:		
اسم الشخص الذي اشترى الخطة (حامل بوليصة التأمين):	شركة التأمين	رقم بوليصة التأمين
اسم الشخص الذي اشترى الخطة (حامل بوليصة التأمين):	شركة التأمين	رقم بوليصة التأمين

الزوج/ة أو الشريك/ة أو الوالدة/ة أو الضامن/ة (عند الاقتضاء)			
العلاقة			
<input type="checkbox"/> زوجة <input type="checkbox"/> شريك/ة <input type="checkbox"/> والدة <input type="checkbox"/> ضامن/ة <input type="checkbox"/> غير ذلك			
الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	
الحالة الوظيفية			
<input type="checkbox"/> موظف/ة <input type="checkbox"/> موظف/ة حر/ة <input type="checkbox"/> متقاعد/ة <input type="checkbox"/> عاجز/ة <input type="checkbox"/> غير موظف/ة (يرجى ذكر آخر تاريخ توظيف لك)			
اسم صاحب العمل		رقم الهاتف	
عنوان صاحب العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
<input type="checkbox"/> صاحب العمل الذي تعمل لديه لا يُقدّم لك تأمينًا صحيًا.			
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل، بما في ذلك COBRA			

## طلب المساعدة المالية

اسم المريض \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي (MRN) \_\_\_\_\_

استبيان	
1. هل كنت تعيش في إلينوي عندما تلقيت الرعاية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. هل أنت مواطن أجنبي (لست مواطناً أمريكياً) تعيش في إلينوي بتأشيرة أمريكية؟ أ. إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوع التأشيرة؟ _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. هل تريد مساعدة مالية للرعاية التي تلقيتها في قسم الطوارئ لدينا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. إذا كنت مُطلَقاً أو منفصلاً: هل يتحمل زوجك/شريكتك السابق المسؤولية المالية عن الرعاية الطبية وفقاً لاتفاقية الطلاق أو الانفصال؟ لا ينطبق <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. هل كانت رعايتك مرتبطة بأي مما يلي؟ <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> جريمة <input type="checkbox"/> إصابة في مكان العمل <input type="checkbox"/> أخرى _____	
6. هل قمت بتعيين محامي أو هل تسعى لتقديم مطالبة بشأن إصابتك أو مرضك؟ أ. إذا كانت إجابتك بنعم، يُرجى ذكر ما يلي: _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم المحامي _____ رقم هاتف المحامي _____	
7. هل سبق لك التقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid؟ قد نطلب منك ذلك. <input type="checkbox"/> نعم، وأنا في انتظار الموافقة <input type="checkbox"/> نعم، ولكنني لست مؤهلاً <input type="checkbox"/> لا أ. إذا كانت إجابتك بلا، يرجى تحديد كل ما ينطبق:	
<input type="checkbox"/> عمرك 19 سنة أو أقل.	<input type="checkbox"/> عمرك 65 سنة أو أكثر.
<input type="checkbox"/> أنت تتناول أدوية للسيطرة على مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو النوبات.	<input type="checkbox"/> أنت ذو احتياجات خاصة، على النحو الذي حددته إدارة الضمان الاجتماعي.
<input type="checkbox"/> فقدت بصرك	<input type="checkbox"/> أنت حامل.
<input type="checkbox"/> لديك أطفال عمرهم أصغر من 19 عاماً يعيشون معك.	

الأصول	
1. الممتلكات: يُرجى تقديم معلومات عن أي مباني أو أراضي تملكها خلاف المكان الرئيسي الذي تعيش فيه. أ. ما قيمة جميع المباني والأراضي مطروحة منها المبلغ المستحق عليك على العقار؟ بالدولار الأمريكي _____ لا ينطبق <input type="checkbox"/> أ. هل يتم استخدام هذه الممتلكات لكسب المال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ب. ما قيمة الأرض (بدون المباني) مطروحة منها المبلغ المستحق عليك على العقار؟ بالدولار الأمريكي _____ لا ينطبق <input type="checkbox"/> أ. هل يتم استخدام هذه الممتلكات لكسب المال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
2. الحسابات البنكية والاستثمارات: يُرجى إدراج المبلغ الإجمالي في كل مما يلي. أ. حسابات جارية وحسابات توفير وحسابات اتحادات الائتمان: بالدولار الأمريكي _____ لا ينطبق <input type="checkbox"/> ب. استثمارات أخرى، مثل السندات والأسهم. لا تذكر أي نوع من حسابات التقاعد. بالدولار الأمريكي _____ لا ينطبق <input type="checkbox"/>	

بالتوقيع، أوافق على ما يلي:

- سأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في دفع هذه الفاتورة.
- المعلومات الموجودة في هذا الطلب صحيحة وحقيقية على حد علمي.
- أدرك أن نورث ويسترن ميموريال للرعاية الصحية قد تتحقق من هذه المعلومات.
- يجوز لنورث ويسترن ميموريال للرعاية الصحية الاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب.
- أدرك أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن عمد، أو إذا كان الطلب يحتوي على خطأ كبير، أو إذا تم حذف شيء مهم:
- لن أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.
- قد يتم سحب أي مساعدة مالية مُنحت لي
- سأكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة.

الوقت \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مُقدم الطلب \_\_\_\_\_

الوقت \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

☐ الزوج/ة ☐ الشريك/ة ☐ الوالد/ة أو الضامن/ة (يُرجى تحديد/اختيار واحد عند الاقتضاء)

يُرجى إعادة الطلب المكتمل وأي مستندات داعمة إلى:

نورث ويسترن ميموريال للرعاية الصحية

عناية: الاستشارات المالية

الهاتف: 312.926.6906 أو 800.423.0523

فاكس: 312.694.0447

finapps@nm.org

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

## طلب المساعدة المالية

اسم المريض \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي (MRN) \_\_\_\_\_

### المستندات المطلوبة للحصول على المساعدة المالية

سيتم تأخير طلبك أو رفضه إذا لم تقم بإدراج جميع المستندات المطلوبة. إذا لم تتمكن من تقديم المستند المطلوب، قم بتقديم خطاب يوضح السبب.

#### المستندات المطلوبة

إثبات التحقق من الإقامة في ولاية إلينوي:

- يجب توافر مستند واحد على الأقل مما يلي:
  - ☐ نسخة من بطاقة هوية صادرة عن جهة رسمية في الولاية
  - ☐ فاتورة خدمات سكنية حديثة تحمل عنواناً في ولاية إلينوي
  - ☐ نسخة من بطاقة تسجيل الناخب في ولاية إلينوي
  - ☐ بريد موجه إلى عنوانك الحالي من جهة حكومية أو مصدر موثوق آخر
  - ☐ خطاب من مأوى للمشردين أو دار انتقالية أو مؤسسة مشابهة يثبت أنك تقيم لديهم
  - ☐ نسخة من بطاقة تسجيل مركبتك في إلينوي
  - ☐ رخصة قيادة مؤقتة لزائر
  - ☐ عقد إيجار
  - ☐ إفادة من أحد أفراد العائلة المقيمين في نفس العنوان مع تقديم ما يثبت محل السكن
  - ☐ أحد المستندات المذكورة في قسم "المستندات المالية" أدناه

#### المستندات المالية:

- يجب توافر مستند واحد على الأقل مما يلي:
  - ☐ نسخة من أحدث إقرار ضريبي لك
  - ☐ نسخة من أحدث نماذج W-2 و 1099 الخاصة بك
  - ☐ نسختان من آخر شيكات أو إيصال الرواتب استلمتها من صاحب العمل
  - ☐ نسختان من آخر شيكات أو كشوف مخصّصة لإعانات البطالة
  - ☐ إفادة مكتوبة من صاحب العمل لتأكيد الدخل في حال كان الأجر نقدًا
- إذا كنت متزوجًا أو في اتحاد مدني يجب تقديم واحد على الأقل من المستندات أعلاه الخاصة بالزوج أو الشريك

#### طلب مكتمل وموقع.

#### مستندات أخرى

- إذا لم تكن قد قدّمت إقرارًا ضريبيًا عن العام الماضي أو إذا كان دخلك من النفقة أو الأعمال أو التقاعد أو المعاش مختلفًا عن السنة السابقة: قدّم المستندات غير المرتبطة بالأجور التالية إذا كانت تنطبق عليك.
  - ☐ بيان دخل النفقة
  - ☐ بيان الدخل التجاري
  - ☐ بيان دخل التقاعد أو المعاش
- إذا كنت مواطنًا أجنبيًا (لست مواطنًا أمريكيًا):
  - ☐ قم بإرسال نسخة من جواز سفرك وتأشيرة الدخول إلى الولايات المتحدة.