

طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة.

أكمل هذا الطلب لمساعدة نورث ويسترن 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 ويسترن ميموريال للرعاية الصحية على معرفة ما إذا كنت مؤهلاً لأي برنامج عام.

اماًلا الاستماراة وقتمها بنفسك أو عبر البريد العادي أو البريد الإلكتروني أو الفاكس مع جميع المستندات المطلوبة عليك تقديم طلبك كاملاً مع المستندات الداعمة خلال مرتين وأربعين (240) يوماً من تاريخ خروجك من المستشفى أو حصولك على خدمة خارجية.

بالتوقيع على هذه الاستماراة، أنت تؤكد أنك سعيت بجدية للتقدم بطلب رعاية مجانية أو مخفضة خلال مرتين وأربعين (240) يوماً من تاريخ الخروج أو من يوم تلقي الرعاية الخارجية. إضافةً إلى ذلك، فأنت تقر بأنك بذلك جهداً حسن النية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في هذا الطلب حتى تتمكن نورث ويسترن 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 تعينة البيانات بهذا الطلب.

اختر أي برنامج من البرامج التي أنت مسجل بها.

تعاني من التشرد.

برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال

المريض متوفى ولا يوجد زوج/زوجة أو تركه.

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية

لا تستطيع اتخاذ قراراتك بنفسك (بسبب عجز عقلي) ولا يوجد شخص

برنامج الغداء والإفطار المجاني في إلينوي

يصرّف بالنيابة عنك.

برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية في إلينوي

أنت مؤهل لبرنامج Medicaid، ولكن ليس في تاريخ الخدمة.

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

طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

البطاقة التأمينية

هل أنت مشمول أو مؤهل للحصول على أي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك:

- التأمين الصحي الدولي/أثناء السفر
- خطط سوق التأمين الصحي
- إعانات المحاربين القدامى
- Medicaid
- Medicare

نعم لا

إذا كانت إجابتك بنعم، يرجى تقديم المعلومات التالية:

رقم بوليصة التأمين	شركة التأمين	اسم الشخص الذي اشتري الخطة (حامل بوليصة التأمين):
رقم بوليصة التأمين	شركة التأمين	اسم الشخص الذي اشتري الخطة (حامل بوليصة التأمين):

الزوج/ة أو الشريك/ة أو الوالدة أو الضامن/ة (عند الاقتضاء)

العلاقة

زوج/ة شريك/ة والدة ضامن/ة غير ذلك

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم
-----------------------------	----------------------	-------

الحالة الوظيفية

موظف/ة موظفة/ة حرفة متقاعدة عاجز/ة غير موظف/ة (يرجى ذكر آخر تاريخ توظيف لك)

رقم الهاتف	اسم صاحب العمل
------------	----------------

الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان صاحب العمل
---------------	---------	---------	------------------

اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل، بما في ذلك COBRA صاحب العمل الذي تعمل لديه لا يُقدم لك تأميناً صحيّاً.

طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

استبيان

نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	1. هل كنت تعيش في إلينوي عندما تلقيت الرعاية؟
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	2. هل أنت مواطن أجنبي (أنت مواطنة أمريكية) تعيش في إلينوي بتأشيرة أمريكية؟
		أ. إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوع التأشيرة؟
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	3. هل تزيد مساعدة مالية للرعاية التي تلقيتها في قسم الطوارئ لدينا؟
		4. إذا إذا كان الزوج/شريكك المسؤول المالية عن الرعاية الطبية وفقاً لاتفاقية الطلاق أو الانفصال؟ <input type="checkbox"/> لا ينطبق <input type="checkbox"/> لا 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 إصايتك أو مرضك؟
		أ. إذا كانت إجابتكم بنعم، يرجى ذكر ما يلي:

رقم هاتف المحامي

اسم المحامي

نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	7. هل سبق لك التقى بطلب للحصول على برنامج Medicaid؟ قد طلب منك ذلك. <input type="checkbox"/> نعم، وأنا في انتظار الموافقة <input type="checkbox"/> نعم، ولكنني لست مؤهلاً <input type="checkbox"/> لا
		أ. إذا كانت إجابتكم بلا، يرجى تحديد كل ما ينطبق:
<input type="checkbox"/> فقدت بصرك	<input type="checkbox"/> عمرك 65 سنة أو أكثر.	<input type="checkbox"/> أنت ذو احتياجات خاصة، على النحو الذي حدده
<input type="checkbox"/> أنت حامل.		<input type="checkbox"/> أنت تتناول أدوية للسيطرة على مرض السكري
<input type="checkbox"/> لديك أطفال عمرهم أصغر من 19 عاماً يعيشون معك.		<input type="checkbox"/> أو ارتفاع ضغط الدم أو التهابات.

الأصول

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

بالتفصيع، أوفق 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 وحقيقة على حد علمي.
- أدرك أن نورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية قد تتحقق من هذه المعلومات.
- يجوز لنورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية الاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب.

أدرك أنه إذا قدمت معلومات خطأ 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 منحت لي
- سأكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة.

الوقت _____ التarih _____ توقيع مقدم الطلب _____

الوقت _____ التarih _____

الزوج/ة الشريك/ة الوالدة/ أو الصامن/ة (يرجى تحديد اختيار واحد عند الاختيارات)

يرجى إعادة الطلب المكتمل وأي مستندات داعمة إلى:

نورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية

عنابة: الاستشارات المالية

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

طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

المستندات المطلوبة للحصول على المساعدة المالية

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

المستندات المطلوبة

اثبات التحق 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 عنوانًا 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 مرتكبتك في إلينوي
- رخصةقيادة 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-1099 الخاصة بك
- نسختان من آخر شيكات أو إيصال الرواتب استلمتها من صاحب العمل
- نسختان من آخر شيكات أو كشوف مخصصة لإعانتات البطالة
- إفادة مكتوبة من صاحب العمل لتأكيد الدخل في حال كان الأجر نقديًّا

إذا كنت متزوجًا أو في اتحاد مدني يجب تقديم واحد على الأقل من المستندات أعلاه الخاصة بالزوج أو الشريك

طلب مكتمل ومؤقّع.

مستندات أخرى

• إذا لم تكن قد قدمت إقرارًا ضريبيًّا عن العام الماضي أو إذا كان دخلك من النفقة أو الأعمال أو التقاعد أو المعاش مختلفًا عن السنة السابقة؛ قدم المستندات غير المرتبطة بالأجور التالية إذا كانت تتطبق عليك.

- بيان دخل النفقة
 - بيان الدخل التجاري
 - بيان دخل التقاعد أو المعاش
- إذا كنت مواطنًا أجنبىًّا (لست مواطنًا أمريكيًّا):
- قم بارسال نسخة من جواز سفرك وتأشيره الدخول إلى الولايات المتحدة.