

## 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 (NMHC) في معرفة ما إذا كان بإمكانك الحصول على:

- خدمات مجانية أو مخفضة
- برامج عامة أخرى يمكنها المساعدة في دفع تكاليف الرعاية الصحية التي تتلقاها

إذا لم يكن لديك تأمين صحي: لا تحتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي 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 NMHC في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة.

أكمل هذا النموذج وأرسله شخصياً أو عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس، مع جميع المستندات الداعمة المطلوبة. يجب عليك تقديم طلب كامل والمستندات الداعمة خلال 240 يوماً بعد خروجك من المستشفى أو حصولك على الرعاية الخارجية.

تقربأنك حاولت بحسن نية التقدم بطلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة في غضون 240 يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى أو تاريخ تلقي الرعاية الخارجية.  
تقربأنك بذلك جهداً حسن النية لتقديم جميع المعلومات التي يطلبها هذا الطلب لمساعدة NMHC في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.

إذا لم يكن لديك تأمين صحي وتفى بمعايير معينة: لا تحتاج إلى إكمال هذا الطلب.

- |   |  |
|---|--|
| اختبر أي من هذه البرامج التي أنت مسجل بها.                                    | <input type="checkbox"/> تعاني من التشرد.  |
| <input type="checkbox"/> برنامج التغذية للنساء والرضع والأطفال (WIC)          | <input type="checkbox"/> المريض متوفى وليس له زوج أو ترك.  |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)            | <input type="checkbox"/> أنت غير قادر على اتخاذ قراراتك الخاصة (عدم القراءة العقلية) وليس لديك أحد ليتصرف نيابة عنك. |
| <input type="checkbox"/> برنامج الغداء والإفطار المجاني في إلينوي             | <input type="checkbox"/> أنت مؤهل للحصول على برنامج Medicaid، ولكن ليس تاريخ الخدمة.                                 |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة في الطاقة المنزلي في إلينوي (LIHEAP) |  |

معلوماتك					
الاسم					
تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي				
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان المنزل		
البريد الإلكتروني			رقم هاتف المنزل		
الدخل السنوي للأسرة			طريقة الاتصال المفضلة		
<input type="checkbox"/> أنا أتعاني من التشرد			<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> البريد الالكتروني <input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف الخلوي		
<input type="checkbox"/> أنا أتعاني من التشرد			<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> البريد الالكتروني <input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف الخلوي		
الحالة الاجتماعية			طريقة الاتصال المفضلة		
<input type="checkbox"/> أنا أتعاني من التشرد			<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> البريد الالكتروني <input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف الخلوي		
عدد الأشخاص في أسرتك (كما هو مذكور في صرائبك):			الحالات المرضية		
<input type="checkbox"/> متزوج/متزوجة			<input type="checkbox"/> مطلق/مطلقة <input type="checkbox"/> منفصل/منفصلة <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء		
الحالة الوظيفية			الحالات المرضية		
<input type="checkbox"/> موظف			<input type="checkbox"/> ذو احتياجات خاصة <input type="checkbox"/> متلازمة داون <input type="checkbox"/> معل لحسابي الخاص <input type="checkbox"/> مقاعد		
اسم صاحب العمل					
رقم الهاتف					
الرمز البريدي			عنوان صاحب العمل		
الولاية					
المدينة					
<input type="checkbox"/> صاحب العمل الخاص بك لا يقدم COBRA					
<input type="checkbox"/> صاحب العمل الذي تقدمها صاحب العمل الذي تعمل لصالحه، بما في ذلك COBRA					
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل الخاص بك لا يقدم COBRA					
تماماً صحيحاً.					

## 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: . التأمين الصحي الدولي/أثناء السفر . خطط سوق التأمين الصحي . إعانات المحاربين القدامى . Medicaid . Medicare . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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 أو الشريك أو الوالد أو الضامن (عند الاقتضاء)			
العلاقة <input type="checkbox"/> ضامن <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/> شريك/شريكة <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> غير ذلك			
الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الحالة الوظيفية <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> متلاعنة <input type="checkbox"/> ذو احتياجات خاصة <input type="checkbox"/> أعمل لحسابي الخاص <input type="checkbox"/> متلاعنة
عنوان صاحب العمل	المدينة	الولاية	رقم الهاتف
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل، بما في ذلك COBRA <input type="checkbox"/> صاحب العمل لا يقدم تأميناً صحيًا.			

## طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

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 أمريكي) تعيش في إلينوي بتأشيرة أمريكية؟ أ. إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوع التأشيرة؟ 3. هل تزيد مساعدة مالية للرعاية التي تلقيتها في قسم الطوارئ لدينا؟ 4. إذا كنت مطلقاً أو منفصلاً: هل يتحمل زوجك/شريكك السابق المسؤولية المالية عن الرعاية الطبية وفقاً لاتفاقية الحل أو الانفصال? ينطبق <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. هل كانت رعايتك مرتبطة بأي مما يلي؟ حادث <input type="checkbox"/> جريمة <input type="checkbox"/> إصابة في مكان العمل <input type="checkbox"/> غير ذلك
6. هل قمت بتعيين محامي أو هل تسعى للحصول على مطالبة بشأن إصاباتك أو مرضك؟ أ. إذا كانت إجابتكم بنعم، يرجى تفاصيل ما يلي:
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>اسم المحامي</b>            رقم هاتف المحامي         </div> <div style="width: 45%;"> <b>اسم المحامي</b>            رقم هاتف المحامي         </div> </div> <div style="margin-top: 10px;">         7. هل سبق لك التقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid؟ قد نطلب منك ذلك.          أ. إذا كانت إجابتكم لا، يرجى تحديد كل ما ينطبق:          عمرك 19 سنة أو أقل. <input type="checkbox"/>          أنت ذو احتياجات خاصة، على النحو الذي حدده <input type="checkbox"/>          إدارة الضمان الاجتماعي. <input type="checkbox"/>          السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو التوبات. <input type="checkbox"/>          أنت حامل. <input type="checkbox"/>          لديك أطفال عمرهم أصغر من 19 عاماً <input type="checkbox"/>          يعيشون معك. <input type="checkbox"/> </div>

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

بالتفصيع، أوافق على ما يلي:

- سأتفق بطلب الحصول 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 NMHC قد تتحقق من هذه المعلومات.
- يجوز لـ NMHC بالاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب.

أدرك أنه إذا قدمت معلومات خطأ عن عد، أو إذا كان التطبيق يحتوي على خطأ كبير، أو إذا تم حذف شيء مهم:

- لن أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.
- أي مساعدة مالية منحت لي قد يتم سحبها.
- سأكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة.

الوقت  التarih   
الوقت  التاري

الزوج/الشريك/الوالد/الضامن (ضع دائرة حول واحد) التوقيع ( عند الاقتضاء )

يرجى إعادة الطلب المكتمل وأي مستندات داعمة إلى:

**(Northwestern Memorial HealthCare)**

يرجى الانتباه: الاستشارة المالية

هاتف: 800.423.0523 أو 312.926.6906  
فاكس: 312.694.0447  
finapps@nm.org

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

## طلب المساعدة المالية

رقم السجل الطبي (MRN)

اسم المريض

### 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

- نسخة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي لديك ونموذج W-2 أو نموذج IRS 4506-T: طلب نسخة من الإقرار الضريبي.
- نسخة من بطاقة هوية مصورة صادرة عن هيئة حكومية، مثل رخصة القيادة أو جواز السفر
- واحد على الأقل من هذه الوثائق:
  - نسخة من بطاقة هوية مصورة أو رخصة قيادة سارية المفعول صادرة عن ولاية إلينوي
  - فاتورة خدمات حديثة تحتوي على عنوان في إلينوي
  - نسخة من بطاقة تسجيل الناخب في ولاية إلينوي
  - بريد موجه إلى عنوانك الحالي من جهة حكومية أو مصدر موثوق آخر
  - رسالة من ملحاً للمشردين
- جميع الوثائق المذكورة أدناه التي تتطبق عليك:
  - نسخ من أحدث شيكين أو قسائم بطاله لديك
  - نسخ من أحدث شيكين أو قسائم صادرة عن صاحب العمل
  - نسخ من أحدث شيكين أو قسائم صادرة عن الضمان الاجتماعي لك
- كشفين الحساب الأخيرين لجميع حساباتك الجارية وحسابات التوفير وحسابات اتحاد الائتمان.
- طلب مكتمل وموقع

#### وثائق أخرى:

- إذا لم تقدم إقراراً ضريبياً عن العام الماضي أو إذا كان دخالك من نفقة الزوجة أو العمل أو التقاعد أو المعاش التقاعدي مختلفاً عن العام الماضي: قم بتقديم المستندات غير المتعلقة بالأجور أدناه والتي تتطبق عليك.
  - بيان دخل النفقة
  - بيان الدخل التجاري
  - بيان الدخل التقاعدي أو المعاشي
- إذا كنت متزوجاً أو في رابطة مدنية: قم بتقديم المستندات أدناه التي تتطبق على زوجك أو شريك.
  - إثبات الدخل والدخل غير المرتبط بالأجور (كما هو موضح أعلاه)
  - الإقرار الضريبي الفيدرالي
  - نموذج W-2 أو نموذج IRS 4506-T: طلب نسخة من الإقرار الضريبي
- أحدث كشف حساب لجميع حساباتك الجارية وحسابات التوفير وحسابات اتحاد الائتمان.
- إذا كنت مواطناً أجنبياً (لست مواطناً أمريكياً):
  - قم بإرسال نسخة من جواز سفرك وتأشيرة الدخول إلى الولايات المتحدة.