

طلب المساعدة المالية

اسم المريض _____ رقم السجل الطبي (MRN) _____

قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. أكمل هذا الطلب لمساعدة نورث ويسترت ميموريال للرعاية الصحية (Northwestern Memorial HealthCare (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 يومًا بعد خروجك من المستشفى أو حصولك على الرعاية الخارجية.

تقر بأنك حاولت بحسن نية التقدم بطلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة في غضون 240 يومًا من تاريخ الخروج من المستشفى أو تاريخ تلقي الرعاية الخارجية. تقرر بأنك بذلت جهدًا 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 وتفي بمعايير معينة: لا تحتاج إلى إكمال هذا الطلب.

- اختر أي من هذه البرامج التي أنت مسجل بها.
- ☐ تعاني من التشرد.
 - ☐ المريض متوفى وليس له زوج أو تركة.
 - ☐ أنت غير قادر على اتخاذ قراراتك الخاصة (عدم القدرة العقلية) وليس لديك أحد ليتصرف نيابة عنك.
 - ☐ أنت مؤهل للحصول على برنامج Medicaid، ولكن ليس تاريخ الخدمة.
 - ☐ اختر أي من هذه البرامج التي أنت مسجل بها.
 - ☐ برنامج التغذية للنساء والرضع والأطفال (WIC)
 - ☐ برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)
 - ☐ برنامج الغذاء والإفطار المجاني في إلينوي
 - ☐ برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية في إلينوي (LIHEAP)

معلوماتك			
الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	
عنوان المنزل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخليوي	البريد الإلكتروني	
طريقة الاتصال المفضلة	بريد الولايات المتحدة	البريد الإلكتروني	هاتف المنزل
الحالة الاجتماعية	متزوج/متزوجة	أعزب/عزباء	منفصل/منفصلة
الحالة الوظيفية	موظف	أعمل لحسابي الخاص	متقاعد
اسم صاحب العمل	رقم الهاتف		
عنوان صاحب العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل الذي تعمل لصالحه، بما في ذلك COBRA	صاحب العمل الخاص بك لا يقدم تأمينًا صحيًا.		

طلب المساعدة المالية

اسم المريض _____ رقم السجل الطبي (MRN) _____

التغطية التأمينية		
<p>هل أنت مشمول أو مؤهل للحصول على أي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> التأمين الصحي الدولي/أثناء السفر خطط سوق التأمين الصحي إعانات المحاربين القدامى Medicaid Medicare <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت إجابتك بنعم، يرجى تقديم المعلومات التالية:</p>		
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 أو الشريك أو الوالد أو الضامن (عند الاقتضاء)			
<p>العلاقة</p> <p> <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> شريك/شريكة <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/> ضامن <input type="checkbox"/> غير ذلك </p>			
الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	
<p>الحالة الوظيفية</p> <p> <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> أعمل لحسابي الخاص <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> ذو احتياجات خاصة </p>			
اسم صاحب العمل		رقم الهاتف	
عنوان صاحب العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
<p>اسم خطة التأمين الصحي التي يقدمها صاحب العمل، بما في ذلك COBRA</p> <p> <input type="checkbox"/> صاحب العمل لا يقدم تأمينًا صحيًا. </p>			

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 مطلقاً أو منفصلاً: هل يتحمل زوجك/شريكتك السابق المسؤولية المالية عن الرعاية الطبية وفقاً لاتفاقية الحل أو الانفصال؟ ينطبق <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<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"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6. هل قمت بتعيين محامي أو هل تسعى للحصول على مطالبة بشأن إصابتك أو مرضك؟ أ. إذا كانت إجابتك بنعم، يرجى تقديم ما يلي: _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. هل سبق لك التقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid؟ قد نطلب منك ذلك. أ. إذا كانت إجابتك لا، يرجى تحديد كل ما ينطبق: عمر 19 سنة أو أقل <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> أنت تتناول أدوية للسيطرة على مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو النوبات. عمر 65 سنة أو أكثر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> أنت ذو احتياجات خاصة، على النحو الذي حددته إدارة الضمان الاجتماعي. أنت أعمى <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> أنت حامل <input type="checkbox"/> لديك أطفال عمرهم أصغر من 19 عاماً يعيشون معك.	رقم هاتف المحامي _____ اسم المحامي _____ <input type="checkbox"/> نعم - في انتظار الموافقة <input type="checkbox"/> نعم - لست مؤهلاً <input type="checkbox"/> لا

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

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 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 خاطئة عن عمد، أو إذا كان التطبيق يحتوي على خطأ كبير، أو إذا تم حذف شيء مهم:

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

الوقت _____ التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب _____
الوقت _____ التاريخ _____
الزوج/الشريك/الوالد/الضامن (ضع دائرة حول واحد) التوقيع (عند الاقتضاء) _____

يرجى إعادة الطلب المكتمل وأي مستندات داعمة إلى:

نورث وسترن ميموريال للرعاية الصحية (Northwestern Memorial HealthCare)

يرجى الانتباه: الاستشارة المالية

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

هاتف: 312.926.6906 أو 800.423.0523

فاكس: 312.694.0447

finapps@nm.org

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

- 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 ملجأ للمشردين
- جميع الوثائق المذكورة أدناه التي تنطبق عليك:
 - ☐ نسخ من أحدث شيكين أو قسائم بطالة لديك
 - ☐ نسخ من أحدث شيكين أو قسائم صادرة عن صاحب العمل
 - ☐ نسخ من أحدث شيكين أو قسائم صادرة عن الضمان الاجتماعي لك
- كشف الحساب الأخيرين لجميع حساباتك الجارية وحسابات التوفير وحسابات اتحاد الائتمان.
- طلب مكتمل وموقع

وثائق أخرى:

- إذا لم تقدم إقرارًا ضريبيًا عن العام الماضي أو إذا كان دخلك من نفقة الزوجة أو العمل أو التقاعد أو المعاش التقاعدي مختلفًا عن العام الماضي: قم بتقديم المستندات غير المتعلقة بالأجور أدناه والتي تنطبق عليك.
 - ☐ بيان دخل النفقة
 - ☐ بيان الدخل التجاري
 - ☐ بيان الدخل التقاعدي أو المعاشي
- إذا كنت متزوجًا أو في رابطة مدنية: قم بتقديم المستندات أدناه التي تنطبق على زوجك أو شريكك.
 - ☐ 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 مواطنًا أجنبيًا (لست مواطنًا أمريكيًا):
 - ☐ قم بإرسال نسخة من جواز سفرك وتأشيرة الدخول إلى الولايات المتحدة.