تعليمات طبل التقديم للحصول على المساعدة المالية

قد تتمكن شبكة أليغيني الصحية (AHN) من تخفيض أو إعفاء فاتورة شبكة أليغيني الصحية (AHN) للخدمات الضرورية طبياً للمرضى:

- الذين ليس لديهم تأمين طبي أو لديهم تأمين محدود
- الذين رُفض طلبهم للحصول على برنامج المساعدة الطبية (Medicaid)
- الذين يحملون الجنسية الأمريكية
- يظهرون حاجة مالية في طلب المساعدة المالية الخاص بشبكة أليغيني الصحية (AHN)

قد تتوفر أيضاً خطط سداد لمساعدة المرضى على دفع فواتير شبكة أليغيني الصحية (AHN) الخاصة بهم.

يجب على المريض أو الضامن أو الوكيل التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية في غضون 240 يوماً من استلام فاتورة شبكة أليغيني الصحية (AHN). للتقديم:

- احصل على نموذج "طلب المساعدة المالية" الخاص بشبكة أليغيني الصحية (AHN) لكل مريض.
- املأ طلب كل مريض في غضون 30 يوماً من استلام النموذج.
- اعمل **نسخ** من "إثباتات الدخل" المطلوبة (انظر القائمة أدناه).
- أرسل الطلب الموقع ونسخاً من إثباتات الدخل إلى العنوان المذكور أدناه للفواتير الصادرة عن:

مشفى كانونسبرغ
مشفى فوربس
مركز غروف سيتي الطبي
مشفى جيفرسون
مشفى سانت فنسنت
مشفى ويست بن
مشفى ويكسفورد

شبكة أليغيني الصحية (AHN)
مشفى أليغيني العام
مشفى وادي أليغيني
مشفى حي برينتوود التابع لشبكة أليغيني الصحية (AHN)
مشفى حي هارمار التابع لشبكة أليغيني الصحية (AHN)
مشفى حي هيمبفيلد التابع لشبكة أليغيني الصحية (AHN)
مشفى حي ماكاندليس التابع لشبكة أليغيني الصحية (AHN)

عمليات دورة إيرادات شبكة أليغيني الصحية (AHN)
قسم المناصرة المالية
Allegheny Center 2
602 Suite
15212 Pittsburgh PA

مستندات "إثبات الدخل":

أرفق نسخاً من هذه المستندات بطلب التقديم (لا يمكن إعادة المستندات):

- ☐ **نسخ** من النماذج الضريبية الفيدرالية (1040IRS، إلخ) عن العام الماضي
- ☐ بالنسبة للحسابات المصرفية، **نسخ** من جميع صفحات كشف الحساب الأخير
- ☐ بالنسبة للحسابات الاستثمارية، **نسخ** من جميع صفحات كشف الحساب الأخير
- ☐ بالنسبة للأجور، **نسخ** من قسائم الرواتب (عن الأيام الثلاثين الماضية)
- ☐ بالنسبة لدخل العمل الحر، **نسخ** من الجدول ج أو بيانات الربح / الخسارة للشهر الماضي
- ☐ بالنسبة لأنواع الدخل الأخرى، **نسخ** من إثباتات الدخل مثل:
  - ❍ نموذج الضمان الاجتماعي 1099
  - ❍ بيان المعاش التقاعدي أو دخل تقاعد آخر
  - ❍ اتفاقية النفقة، إعالة الطفل أو الزوج(ة)
  - ❍ اتفاقية دخل الإيجارات أو الريع
  - ❍ خطاب منح المحاربين القدامى أو الإعاقة
  - ❍ خطاب منح تعويض البطالة أو تعويض العمال
- ☐ بالنسبة للمرضى الذين ليس لديهم دخل: **خطاب دعم** موقّع من الشخص الذي يقدم الدعم
- ☐ لإثبات رفض المساعدة الطبية: **نسخ** من نموذج PA-162 لجميع الخدمات المرفوضة (خاص بسكان بنسلفانيا فقط)
- ☐ إخطارات الإفلاس التي تؤثر على تواريخ الخدمات قيد الدراسة إضافة إلى معلومات الدخل
- ☐ إثبات التشرد أو الإقامة في مأوى للمشردين

سوف تُراجع شبكة أليغيني الصحية (AHN) كل طلب مساعدة مالية على الفور. سوف ترسل شبكة أليغيني الصحية (AHN) خطاباً إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات. يجب أن تستلم شبكة أليغيني الصحية (AHN) معلومات إضافية في غضون 30 يوماً وإلا سوف يُرفض الطلب.

سوف تُبلّغ شبكة أليغيني الصحية (AHN) المريض أو ضامن المريض أو وكيله بالقرار كتابياً في غضون 14 يوماً من استلام الطلب **المعبئ**. أي مساعدة مالية مقدمة تنطبق على فاتورة (فواتير) شبكة أليغيني الصحية (AHN) الحالية وقد تنطبق أيضاً على فواتير الخدمات الضرورية طبياً للأشهر الستة (6) القادمة.

AHN

طلب المساعدة

اسم المريض: _____ **تاريخ الميلاد:** ____/____/____

(الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____-_____-_____

عنوان المنزل: _____

(رقم المبنى والشارع، رقم الشقة) *المدينة* *الولاية* *الرمز البريدي)*

الهواتف: النهارية _____ أخرى _____

اسم جهة العمل: _____ الهاتف: _____

الحالة الاجتماعية : □ متزوج □ مطلق □ منفصل □ أرمل □ أعزب

اسم الزوج / الضامن: _____ صلة القرابة بالمريض: _____

عنوان الضامن: _____

(رقم المبنى والشارع، رقم الشقة) *المدينة* *الولاية* *الرمز البريدي)*

هواتف الضامن: النهارية _____ أخرى _____

أفراد الأسرة: *اذكر جميع أفراد أسرة المريض الذين يتم المطالبة بهم في نموذج مصلحة الضرائب الأمريكية 1040*

الاسم	صلة القرابة بالمريض	العمر

المنزل: *يرجى تحديد، المريض / الضامن:* □ يملك منزلاً □ يستأجر منزلاً □ لا يوجد منزل

معلومات الأصول التالية غير مطلوبة لمشفى وسترنفيلد ميموريال.

إن كان المنزل مملوكاً، يرجى ذكر:

القيمة المقدرة: $_____ المبلغ المتبقي من الرهن العقاري: $_____

إذا كان لدى المريض / الضامن مصلحة في عقارات أخرى، يرجى ذكرها:

العنوان: _____

(الرقم والشارع *المدينة* *الولاية* *الرمز البريدي)*

أسماء المالكين المشاركين: _____

القيمة المقدرة: $_____ المبلغ المتبقي من الرهن العقاري: $_____

المركبات الآلية: *يرجى ذكر نوع وطراز وسنة كل مركبة آلية:*

_____ □ مملوكة □ مستأجرة

_____ □ مملوكة □ مستأجرة

الحسابات المصرفية: *يرجى إدراج المعلومات التالية وإرفاق كشوف حسابات لمدة شهرين لكل حساب مصرفي مثل الحسابات الجارية، وحسابات التوفير، وشهادات الإيداع (CDs)، وسوق المال، إلخ.*

نوع الحساب	اسم البنك أو المؤسسة المالية	رقم الحساب	الرصيد الحالي

الاستثمارات: *يرجى إدراج المعلومات التالية وإرفاق كشوف حسابات لمدة شهرين لكل استثمار مثل الأسهم، والسندات، وصناديق الاستثمار المشتركة إلخ.*

نوع الاستثمار	اسم البنك أو المؤسسة المالية الاسم	القيمة الحالية
		$_____
		$_____

إجمالي دخل الأسرة الشهري: *أدرج المبلغ الإجمالي للأسرة (المريض وجميع الآخرين) لجميع أنواع الدخل بما في ذلك الأجور، والضمان الاجتماعي، والمعاش التقاعدي أو غيره من دخل التقاعد، والنفقة، وإعالة الطفل أو الزوج، ودخل الإيجار/الريع/العمل الحر، ومدفوعات المحاربين القدامى/العجز، وتعويضات البطالة، وتعويضات العمال، ودخل الاستثمار (الفوائد، توزيعات الأرباح). يجب تقديم إثبات الدخل كما هو مذكور في صفحة التعليمات.*

إجمالي أجور الأسرة:	$ _____	إجمالي تعويضات العمال:	$ _____
إجمالي الضمان الاجتماعي:	$ _____	إجمالي النفقة أو إعالة الطفل:	$ _____
إجمالي المعاش التقاعدي، وغيرها من الدخل التقاعدي:	$ _____	إجمالي الدخل الآخر (يرجى الوصف):	
إجمالي دخل الإيجار أو الريع:	$ _____	_____	$ _____
إجمالي توزيعات الأرباح و الفوائد:	$ _____	_____	$ _____
إجمالي دخل البطالة:	$ _____	_____	$ _____

المصروفات: يرجى ذكر المصاريف المنزلية الشهرية لـ:

الرهن العقاري أو الإيجار:	$ _____	الوصفات الطبية:	$ _____
ضرائب العقارات:	$ _____	المستلزمات الطبية:	$ _____
المرافق:	$ _____	فواتير أخرى لشبكة أليغيني الصحية (AHN):	$ _____
دفعة المركبة:	$ _____	مصاريف أخرى (يرجى وصفها):	
تأمين المركبة:	$ _____	_____	$ _____
الطعام:	$ _____	_____	$ _____

معلومات أخرى

هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدة طبية؟ □ لا □ نعم (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم نسخ من طلبك و خطاب تحديد النتيجة)

هل أنت مواطن تحمل جنسية الولايات المتحدة؟ □ لا □ نعم

هل كان لديك تأمين صحي في وقت علاجك؟ □ لا □ نعم

التفويض و التحقق

أنا، _____ ، أقر بأن المعلومات المقدمة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة حسب علمي. أدرك أن هذا النموذج وإثباتات دخلي ومصروفاتي لن يُعاد إرسالها إلي. أفوض شبكة أليغيني الصحية (AHN) بالتحقق من المعلومات وطلب تصنيف ائتماني، إذا لزم الأمر، لتقرير إن كنتُ مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية. أدرك أنه في حال تبين أن أي معلومة غير صحيحة، فقد يُرفض حصولي على المساعدة المالية، وقد أتحمل المسؤولية الكاملة عن سداد فاتورتي بالكامل، وقد لا أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية في المستقبل. أدرك أن أهليتي للحصول على مساعدة مالية قد يُعاد تقييمها لخدمات المشفى اللاحقة.

المريض أو الوكيل / توقيع الضامن _____ التاريخ _____

اكتب اسم المريض أو الوكيل أو الضامن بوضوح _____

صلة القرابة بالمريض: _____