

# كيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية

تعليمات لإكمال طلبك

بموجب القانون، يتعين على جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والعائلات الذين يستوفون متطلبات معينة. قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو دفع مبالغ أقل مقابل الحصول على خدمات معينة بناءً على عدد أفراد أسرتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا، يرجى الدخول إلى [ohsu.edu/financial-assistance](https://www.ohsu.edu/financial-assistance).

## ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟

- ◀ ليست كل الخدمات مؤهلة، لذلك ستحتاج إلى التأكد من تغطية الخدمة قبل الحصول عليها. للحصول على قائمة بالخدمات التي لا نغطيها، راجع سياسة المساعدة المالية لدينا على الرابط الإلكتروني [ohsu.edu/financial-assistance](https://www.ohsu.edu/financial-assistance).
- ◀ يرجى ملاحظة أنه إذا تمت الموافقة على حصولك على مساعدة مالية، فهذا لا يضمن حصولك على الخدمات.
- ◀ إذا كان يمكنك التأهل لبرنامج Medicaid أو برامج أخرى فإننا نحثك على تقديم طلب له لأنه قد يشمل على مخصصات إضافية.

## خطوات لإكمال نموذج الطلب

- 1 أكمل معلومات عنك وعن أسرتك.
  - ◀ لا تحتاج إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك.
  - ◀ نحن نعرف الأسرة بأنها شخص أعزب أو زوجين أو شريك منزلي مسجل (حتى لو لم يكونوا مدرجين في إقرارك الضريبي)، بالإضافة إلى أي مُعالين تقوم بإضافتهم في إقرارك الضريبي. يعتبر الطفل الذي يقل عمره عن 18 مُعَالاً. أمثلة على الأسر هي:
    - المتزوجون زواجاً قانونياً (أو شركاء السكن) الذين يعيشون معاً، مع أطفالهم المعالين الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً، وأي شخص آخر يعيش داخل أو خارج المنزل، يذكره الزوجان في إقراراتهم الضريبية
    - الأزواج غير المتزوجين الذين لديهم طفل أو أكثر معهم، إذا كان الطفل هو المريض الأجنبي الخاضع للرعاية وكفيله وعائلة الكفيل
- 2 أكمل معلومات عن الدخل الإجمالي لعائلتك (الدخل قبل تطبيق الضرائب والخصومات).
- 3 اذكر وقدم إثباتاً بالأصول لمساعدتنا في معرفة ما إذا كنت Medicaid مؤهلاً.
- 4 أرفق جميع المعلومات الأخرى التي طلبناها.
- 5 قم بتوقيع نموذج المساعدة المالية وتاريخه.



للحصول على مساعدة في إكمال الطلب، اتصل بالرقم 503-494-8551، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 a.m.-4:30 p.m.

## المستندات المراد تضمينها مع النموذج

يرجى إرسال أحدث نسخ من جميع المستندات أدناه التي تنطبق عليك. لن نتمكن من إعادة إرسال الوثائق الأصلية



- إثبات بمحل الإقامة. قدّم أحد الخيارات التالية: فاتورة مرافق باسمك أو اتفاقية تأجير أو بيان رهن عقاري لمقر إقامتك أو نسخة من رخصة القيادة الخاصة بك أو بطاقة الهوية. قد نطلب دليلاً إضافياً على محل الإقامة. يجب أن تكون مقيماً في ولاية Oregon أو في مقاطعة واقعة في ولاية Washington (Benton و Clark و Columbia و Cowlitz و Klickitat و Lewis و Pacific و Skamania و Wahkiakum و Walla Walla و Yakima) دون أي خطط للانتقال من المنطقة.
- كعوب شيكات الأجر لأحدث ثلاثة أشهر تقويمية كاملة. إذا لم يكن لديك كعوب شيكات الأجر الخاصة بك، فيمكنك بدلاً من ذلك أن تقدم لنا خطاباً من صاحب العمل يذكر دخلك الإجمالي خلال آخر ثلاثة أشهر تقويمية كاملة. يتم احتساب الدخل في الشهر الذي تم استلامه فيه (تاريخ الدفع) وليس في الشهر الذي تم اكتسابه فيه.
- إقرارات ضريبة الدخل التي تم تقديمها خلال أحدث عام، بما في ذلك أي جداول (مثل الجدول C لدخل العمل الحر).
- الضمان الاجتماعي، أو معاش قدامى المحاربين، أو خطاب منحة المعاش أو ما يعادلها.
- قرار المطالبات من State Employment Division (قسم التوظيف بالولاية).
- بيان إعالة الطفل و/أو الإعالة الزوجية.
- ورقة عمل دخل العمل الحر أو بيان الربح والخسارة بيان عن الأشهر التقويمية الثلاثة الأخيرة كاملة.
- مستندات التحقق الخاصة بأي مصدر دخل آخر مدرج في الطلب الخاص بك، بما في ذلك الدخل من فوائد أو أرباح الأسهم، أو أي مصدر آخر للدخل متكرر.
- بيانات المصرف/الاتحاد الائتماني؛ الحسابات الجارية وحسابات التوفير.
- الإيداع النقدي (CD) أو الأسهم أو السندات أو بيانات حساب الاستثمار.

## تسليم النموذج

- سنخبرك إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية في غضون 3 أسابيع بعد استلامنا للطلب والمستندات المكتملة.
- سنظل نحصل على الفواتير أثناء قيامنا بمراجعة طلبك.



<b>بريد:</b> Oregon Health & Science University Patient Financial Services, RPB07 3181 SW Sam Jackson Park Road Portland, OR 97239-3098 الفاكس: 503-418-2377 البريد الإلكتروني: sfr@ohsu.edu	<b>للتسليم شخصياً:</b> اتصل بالرقم 503-494-8551 لتحديد الموقع الأقرب إليك.
--	--

نموذج طلب المساعدة المالية  
يرجى إكمال المعلومات بالكامل. إذا لم ينطبق، فاكتب "NA". أرفق أوراقاً إضافية، عند اللزوم.

### معلومات الفحص

هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اللغة المفضلة لديك:
هل تقدم المريض بطلب للحصول على مخصصات Medicaid؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يتلقى المريض خدمات عامة تابعة للولاية مثل TANF أو Basic Food أو WIC؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل المريض بلا مأوى حالياً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل حاجة المريض لتلقي الرعاية الطبية مرتبطة بالتعرض لحادث سيارة أو إصابة عمل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما هي المنشأة التي يطلب المريض المساعدة المالية منها؟	OHSU <input type="checkbox"/> Hillsboro Medical Center <input type="checkbox"/> Adventist Portland <input type="checkbox"/>	

### يرجى ملاحظة

- لا يمكننا أن نضمن أنك مؤهل للحصول على مساعدة مالية، حتى لو تقدمت بطلب.
- بمجرد إرسال طلبك، قد نقوم بفحص جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.
- في غضون 21 يوماً تقويمياً بعد استلامنا لطلبك ومستنداتك المكتملة، سنخبرك إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة.

### معلومات المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	اسم عائلة المريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي (قم بتضمين العنوان الفعلي إذا كان مختلفاً)	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية ( ) ( ) عنوان البريد الإلكتروني: _____	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	<input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ التوظيف: _____)	<input type="checkbox"/> عاطل عن العمل (مدة البطالة: _____)
<input type="checkbox"/> أعمل عملاً حرًا	<input type="checkbox"/> طالب	<input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> أخرى (_____)

### معلومات عن الأسرة

اذكر عدد أفراد الأسرة الذين تتحمل مسؤولية الإنفاق عليهم، مع تضمين نفسك. يرجى الاطلاع على الإرشادات للحصول على التعريفات وأمثلة على أفراد الأسرة

أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر

عدد أفراد الأسرة \_\_\_\_\_

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	اسم صاحب العمل (أصحاب العمل) أو مصدر الدخل	إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل الضرائب):	تقدمت بطلب للحصول على المساعدة المالية؟
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب الإفصاح عن الدخل المكتسب وغير المكتسب لجميع أفراد الأسرة البالغين. يرجى تقديم الدخل غير المكتسب لأي شخص في الأسرة عمره أقل من 18 عاماً. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:

- الأجر - البطالة - العمل الحر - تعويضات العاملين - الإعاقه - SSI - إعالة الطفل/الإعالة الزوجية  
- برامج الدراسة والعمل (الطلاب) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد - أخرى (يرجى التوضيح)

### معلومات الدخل

تذكر: يجب عليك تضمين إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل عائلتك. مطلوب التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الإفصاح عن دخلهم. يرجى تقديم دليل على كل مصدر محدد للدخل. يرجى الاطلاع على ورقة الغلاف للحصول على قائمة كاملة بمتطلبات الدخل. وتشمل الأمثلة على إثبات الدخل:

- كعوب شيكات الأجر الحالية (لمدة 3 أشهر)؛ و
- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول، إذا كان ذلك ينطبق؛ و
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ و
- موافقة/رفض الأهلية للحصول على مخصصات Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ و
- موافقة/رفض الأهلية للحصول على تعويض البطالة

إذا لم يكن لديك دخل، فيرجى إرفاق صفحة إضافية مع الشرح.

### معلومات عن النفقات

اختياري. يمكن استخدامها في بعض المواقف للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.

نفقات الأسرة الشهرية:

الإيجار/الرهن العقاري	\$	النفقات الطبية	\$
أقساط التأمين	\$	المرافق	\$
غيرها من الديون/النفقات	\$	(إعالة الطفل، القروض، الأدوية، غيرها)	\$

### معلومات الأصول

ستستخدم هذه المعلومات لتحديد الأهلية لبرامج Medicaid. لا يتم استخدامها لقرارات المساعدة المالية.

هل تمتلك عائلتك أصولاً أخرى؟

يرجى تحديد كل ما ينطبق

الأسهم  السندات  حساب (حسابات) التوفير الصحية  الائتمان (الائتمانات)  
 ممتلكات (باستثناء محل الإقامة الأولية)  تملك عملاً تجارياً

رصيد الحساب الجاري الحالي

\$ \_\_\_\_\_

رصيد حساب التوفير الحالي

\$ \_\_\_\_\_

### معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي والذي تريد منا معرفته، مثل المصاعب المالية أو النفقات الطبية المفردة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

### موافقة المريض

أدرك أن OHSU Health قد تتحقق من المعلومات من خلال مراجعة معلومات الائتمان والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على مساعدة مالية أو للاستفادة من خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وحقيقية على حد علمي. أدرك أنه إذا كانت المعلومات المالية التي أعطيتها خاطئة، فقد تكون النتيجة الحرمان من المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن تكاليف الخدمات المقدمة ومن المتوقع أن أقوم بسدادها.

التاريخ

توقيع الشخص المتقدم بطلب