

نموذج طلب المساعدة المالية

يرجى إكمال جميع المعلومات تمامًا. إذا لم ينطبق، فاكتمب "لا ينطبق". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟	☐ نعم ☐ لا	إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اللغة المفضلة:
هل تقدم المريض بطلب للحصول على مخصصات Medicaid؟	☐ نعم ☐ لا	
هل يتلقى المريض خدمات عامة تابعة للولاية مثل TANF أو Basic Food أو WIC؟	☐ نعم ☐ لا	
هل المريض حاليًا بلا مأوى؟	☐ نعم ☐ لا	
هل حاجة المريض لتلقي الرعاية الطبية مرتبطة بالتعرض لحادث سيارة أو إصابة عمل؟	☐ نعم ☐ لا	

يرجى ملاحظة:

- لا يمكننا أن نضمن أنك ستأهل للحصول على مساعدة مالية، حتى لو تقدمت بطلب.
- بمجرد إرسال طلبك، قد نفحص جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.
- في غضون 21 يومًا تقويميًا بعد استلامنا لطلبك ومستنداتك المكتملة، سنخطر إذا كنت مؤهلًا للحصول على المساعدة.

معلومات المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	اسم عائلة المريض
☐ ذكر ☐ أنثى ☐ 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 مختلفًا)	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية () () عنوان البريد الإلكتروني:	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة ☐ يعمل (تاريخ التوظيف:) ☐ عاطل عن العمل (مدة البطالة:) ☐ طالب ☐ معاق ☐ متقاعد ☐ أخرى ()		

معلومات العائلة

اذكر أفراد العائلة في أسرتك، بمن فيهم أنت. تشمل "العائلة" الأشخاص الذين يربط بينهم الميلاد، أو الزواج، أو التبني والذين يعيشون معًا.

أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر

حجم العائلة

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 العائلة البالغين. يرجى تقديم الدخل غير المكتسب لأي شخص في الأسرة عمره أقل من 18 عامًا. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:

- الأجر - إعانات البطالة - العمل الحر - تعويضات العمال - دخل الإعاقة - دخل الضمان التكميلي - إعالة الطفل/الإعالة الزوجية
- برامج الدراسة والعمل (الطلاب) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد - أخرى (يرجى الشرح)

معلومات الدخل

تذكر: يجب عليك تضمين إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل عائلتك. التحقق من الدخل مطلوب 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 (3 أشهر)؛
- وإقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول، إن وُجد؛
- وبيانات مكتوبة، وموقعة، من أصحاب العمل أو غيرهم؛
- وموافقة/رفض الأهلية للحصول على Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛
- وموافقة/رفض الأهلية للحصول على تعويض البطالة

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

معلومات عن النفقات

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

نفقات الأسرة الشهرية:
الإيجار/الرهن العقاري _____ دولار
أقساط التأمين _____ دولار
غيرها من الديون/النفقات _____ دولار

النفقات الطبية _____ دولار
المرافق _____ دولار
(إعالة الطفل، القروض، الأدوية، غيرها) _____ دولار

معلومات الأصول

سيتم استخدام هذه المعلومات إذا كان دخلك أعلى من 101٪ من المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير.

هل عائلتك تمتلك أصولاً أخرى؟
رصيد الحساب الجاري الحالي _____ دولار
رصيد حساب التوفير الحالي _____ دولار

يرجى تحديد كل ما ينطبق:
☐ الأسهم ☐ السندات ☐ 401K ☐ حساب (حسابات) التوفير الصحية ☐ الائتمان (الائتمانات)
☐ ممتلكات (باستثناء محل الإقامة الأولية) ☐ تملك عملاً تجاريًا

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 المفرطة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

موافقة المريض

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