

في أي وقت تقدم بطب للحصول على لمساعدة لتهيء؟

تقديمات لك مال طبك

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 حجم عائلتك ودخلك وممتلكاتك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا، يرجى الدخول إلى tuality.org/patient-resources/financial-assistance/

ما لذويت غطي ه لمساعدة لمليء؟

- ← ليست كل الخدمات مؤهلة، لذلك ستحتاج إلى التأكد من تغطية الخدمة قبل الحصول عليها. للحصول على قائمة بالخدمات غير المغطاة، راجع سياسة المساعدة المالية لدينا على الرابط الإلكتروني tuality.org/patient-resources/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 فإننا نحتك على تقديم طلب له لأنه قد يشمل على مخصصات إضافية

خطوات لك مالن نموذج لطب



- 1 أكمل معلومات عنك وعن عائلتك
 - ← لا تحتاج إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك.
 - ← اذكر أفراد العائلة الذين يربطهم بك المولد، أو الزواج، أو التبني والذين يعيشون معًا.
 - ← يعتبر الطفل عادةً معالاً إذا كان عمره أقل من 18 عامًا.
 - ← الأمثلة على الأسر هي:
 - الأزواج المتزوجون بشكل قانوني (أو الشركاء المنزليون المسجلون) الذين يعيشون معًا، مع أطفالهم المعالين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، وأي شخص آخر يعيش في الأسرة يذكره الزوجان في إقرارهم الضريبي
 - الأزواج غير المتزوجين الذين لديهم طفل أو أكثر معًا، إذا كان الطفل هو المريض
 - الأجنبي الخاضع للرعاية، وكفيله، وعائلة الكفيل
- 2 أكمل معلومات عن الدخل الإجمالي لعائلتك (الدخل قبل تطبيق الضرائب والخصومات) والنفقات.
- 3 اذكر وقدم إثباتاً بالممتلكات.
- 4 أرفق جميع المعلومات الأخرى التي طلبناها.
- 5 قم بالتوقيع على نموذج المساعدة المالية وتاريخه.



OHSU
Health

للحصول على مساعدة في إكمال الطلب، اتصل بالرقم 503-681-1012،
من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 4:30 مساءً.

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



- إثبات بمحل الإقامة قدم أحد الخيارات التالية: فاتورة مرافق باسمك، أو اتفاقية تأجير، أو بيان رهن عقاري لمقر إقامتك، أو نسخة من رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الخاصة بك. قد نطلب دليلاً إضافياً على الإقامة. يجب أن تكون مقيماً في ولاية أوريغون أو في مقاطعة قريبة في ولاية واشنطن (بينتون، وكلارك، وكولومبيا، وكوليتز، وكليكينات، ولويس، وباسفيك، وسكامانيا، وهاكياكوم، وولا والا، وياكيما) دون أي خطط للانتقال من المنطقة.
- كعوب شبكات الأجر لأحدث ثلاثة أشهر تقويمية كاملة. إذا لم يكن لديك كعوب شبكات 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)
- خطاب الضمان الاجتماعي، أو معاش قدامى المحاربين، أو منحة المعاش أو ما يعادلها
- قرار المطالبات من قسم التوظيف بالولاية
- بيان إعالة الطفل و/أو الإعالة الزوجية
- ورقة عمل دخل لعميل لرح أوبيان لريح ولخسارة لأحدث السنة لمرتبقي بي كالمه
- 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
- البيان المالي الذي يؤكد الأسهم التجارية الخاصة بك
- المستندات التي تؤكد أي أصول مدرجة متنوعة

تسليم لان مودج

- سنخبرك إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية في غضون 3 أسابيع بعد استلامنا لطلبك ومستنداتك المكتملة
- ستظل تحصل على الفواتير أثناء قيامنا بمراجعة طلبك.



<p>للتسليم شخصياً: Hillsboro Medical Center Admitting Desk 335 SE 8th Ave Hillsboro, OR 97123</p>	<p>البريد الإلكتروني أو الفاكس: Hillsboro Medical Center Patient Financial Services 335 SE 8th Ave Hillsboro, OR 97123 الفاكس: (503) 681-1365</p>
---	---

نموذج طلب المساعدة المالية

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

معلومات الشخص

هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟	<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 حاليًا بلا مأوى؟	<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

يرجى ملاحظة:

- لا يمكننا أن نضمن أنك ستأهّل 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 تقريبًا 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 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: _____) متقاعد طالب عامل حر 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

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 المواقع للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.

نفقات الأسرة الشهرية:	_____ دولار
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 للفقر.

هل عائلتك تمتلك أصولاً أخرى؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق	رصيد الحساب الجاري الحالي _____ دولار
<input type="checkbox"/> الأسهم <input type="checkbox"/> السندات <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> حساب (حسابات) التوفير الصحية <input type="checkbox"/> الائتمان (الائتمانات)	رصيد حساب التوفير الحالي _____ دولار
<input type="checkbox"/> ممتلكات (باستثناء محل الإقامة الأولية) <input type="checkbox"/> تملك عملاً تجارياً	_____ دولار

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 أعطيها 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 _____