

## برنامج المساعدة المالية

### الطلب

- يوفر برنامج المساعدة المالية خصومات للمرضى تتعلق بالخدمات الخاضعة للتغطية لأشخاص المؤهلين.
- يُرجى إكمال طلب الحصول على المساعدة المالية المرفق والتوقيع عليه وتاريخه مع وثائق التحقق من الدخل المطلوبة، وإرساله عبر الفاكس أو إرجاعه إلى مكان توفير الخدمات / الذي سيتم فيه توفير الخدمات.
- سيتم مراجعة طلبك المكتمل للحصول على خصم يصل إلى 100% من إجمالي الرسوم (باستثناء أي مدفوعات مشتركة سارية).
  - لا تخضع المدفوعات المشتركة لبرنامج المساعدة المالية للمزيد من الخصومات، وتكون كما يلي:
    - فحوصات العلاج / الاختبارات التشخيصية لمرضى العيادات الخارجية 5.00 دولارات
    - الفحوصات التشخيصية ذات القيمة المرتفعة / خدمات الرعاية العاجلة 25.00 دولارًا
    - الجراحة / الرعاية في غرفة الطوارئ لمرضى العيادات الخارجية أو الإقامة في العيادات الداخلية 50.00 دولارًا
  - ملاحظة: لا تسري المدفوعات المشتركة على الزيارات إلى عيادات الأطباء
- إذا لم تكن مؤهلاً للاستفادة من برنامج المساعدة المالية وكنت غير مؤمن عليك، فسوف تتلقى تلقائيًا خصمًا لغير المؤمن عليهم لجميع الخدمات الطبية المغطاة (باستثناء خدمات التجميل أو الخدمات الاختيارية).

### الأهلية

من أجل أن تكون مؤهلاً للحصول على خدمات برنامج المساعدة المالية، قد يطلب منك تقديم كل أو جزء مما يلي:

- نسخة من الإقرار الضريبي عن العام الماضي
  - نسخ من كعوب الراتب الحالية، إن وجدت
  - وثائق إضافية للتحقق من الدخل من مصادر أخرى؛ وتشمل الأمثلة على ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر: إعالة الطفل، والنفقة، وتعويضات العمال، والمساعدة العامة، ودخل العمل الحر، ودخل البطالة، وما إلى ذلك.
  - يجب أن يكون دخل جميع أفراد الأسرة وكل من يقيمون معك مضمناً في طلبك، بما في ذلك التحقق من الإقامة ومصادر الدخل.
  - خلال عملية مراجعة الأهلية، إذا تقرر أن الأهلية متاحة بموجب مصدر تمويل بديل، فقد يطلب منك تقديم طلب للبرنامج البديل قبل النظر في برنامج المساعدة المالية؛ على سبيل المثال: تقديم طلب للحصول على المساعدة من برنامج Medicaid، وسانقي السيارات غير المؤمن عليهم، وما إلى ذلك.
- الرجاء ملاحظة ما يلي: قد يؤدي عدم التعاون ومتابعة الأهلية فيما يخص تغطية البرامج الأخرى (أي برنامج Medicaid، وبرنامج الإعاقة، وبرنامج مطالبات الإصابات الشخصية، وبرنامج تعويض العمال، وبرنامج سانقي السيارات غير المؤمن عليهم، وما إلى ذلك) إلى رفض الأهلية لبرنامج المساعدة المالية.

### لا تتوفر المساعدة المالية لما يلي:

- معظم المدفوعات المشتركة والخصومات والتأمينات المشتركة.
- الأشياء الشخصية، مثل نفقات الهاتف والتلفاز.
- الخدمات غير الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك الإجراءات الاختيارية وإجراءات التجميل وعلاجات العقم.
- الخدمات التي يغطيها التأمين في شبكة رعاية صحية أخرى.

### المساعدة

إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بسياسة المساعدة المالية، أو إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال طلب الإعانة المالية، أو كنت تحتاج إلى العنوان البريدي الصحيح لتقديم طلبك المكتمل، فيرجى استخدام المعلومات أدناه:

المنشأة / النظام الصحي الذي يتم فيه / سيتم توفير الخدمات	المستشار المالي	خدمة العملاء	رقم فاكس المستشار المالي	إرسال الطلبات المكتملة بالبريد إلى:
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patient Access/Financial Counseling Dept One Genesys Parkway Grand Blanc, MI 48439
Saginaw – s of Michigan' St. Mary	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Financial Counseling Dept Towne Centre Rd 4599 Saginaw, MI 48604
Standish – ighigans of M' St. Mary Hospital	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Financial Counseling Dept W. Cedar St 805 Standish, MI 48658
Tawas – s Health System' St. Joseph	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	.Financial Counseling Dept Hemlock 200 s City, MI 48764Tawa
Ascension Medical Group Physician Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	Financial Assistance Dept – N.R.S.C West Howard Lane, Suite 850 4616 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group Physicians St. Mary's, Standish and St. Joseph's Health System Providers	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	Financial Assistance Dept – N.R.S.C N Meridian St., Suite 200 10330 Indianapolis, IN 46290

إذا كنت تقوم بإرسال معلومات مالية أو معلومات أخرى (عبر الفاكس) لاستخدامها في دراسة الأهلية، فيرجى التأكد من كتابة اسم المريض وتاريخ ميلاده ورقم الحساب (إن وجد) في الركن العلوي الأيمن من كل صفحة يتم إرسالها بالفاكس.

نشكرك على اختيارنا لتوفير احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك

N: برنامج المساعدة المالية / صفحة تعليمات الطلب يونيو 2017

## طلب برنامج المساعدة المالية

معلومات المريض (اكتب الاسم بحروف واضحة)			حساب رقم	
اسم المريض:	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية (الزوجية)	الجنس	رقم الهاتف
العنوان:	المدينة	الرمز البريدي الولاية		عنوان البريد الإلكتروني
رقم الضمان الاجتماعي:	صاحب العمل	بدوام كامل	بدوام غير كامل	عدد ساعات العمل / الأسبوع
عنوان صاحب العمل:	المدينة	الرمز البريدي الولاية		رقم الهاتف

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول				
الاسم مثل ما سبق	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية (الزوجية)	الجنس	رقم الهاتف
العنوان	الرمز البريدي الولاية		عنوان البريد الإلكتروني	
رقم الضمان الاجتماعي	صاحب العمل	بدوام كامل	بدوام غير كامل	عدد ساعات العمل / الأسبوع
عنوان صاحب العمل	المدينة	الرمز البريدي الولاية		رقم الهاتف

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول		
اسم الزوج / الزوجة	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
صاحب العمل للزوج / الزوجة:	العنوان:	المدينة
		الولاية
		الرمز البريدي
		رقم الهاتف

المعالون:					
العلاقة	العمر	الاسم	العلاقة	العمر	الاسم
به			به		



## إجمالي الدخل الشهري

## نفقات المعيشة الشهرية

## الرصيد الدفع

الدخل المكتسب لمقدم الطلب	
الدخل المكتسب لزوج	
/ زوجة مقدم الطلب	
امتيازات الضمان	
المعاش / دخل التقاعد	
تعويضات البطالة	
تعويضات العاملين	
الدخل من الفوائد / الأرباح	
إعالة	
الطفل النفقة	
دخل تأجير الممتلكات	
قسائم الطعام	
غير ذلك	
غير ذلك	
إجمالي الدخل: دولارًا	

الرهون / الإيجار		
الكهرباء		
الغاز		
الهاتف		
ماء		
البقالة		
القنوات التلفزيونية		
مدفوعات السيارات		
الهاتف الخليوي		
الرعاية		
إعالة الطفل / نفقة الزوجة المطلقة		
الأدوية		
بطاقات الائتمان:		
1.		
2.		
3.		
فواتير الأطباء /		
المستشفيات الأخرى:		
نفقات التأمين:		
1. السيارات		
2. الملكيات		
3. الطبي / الحياة		
مدفوعات القروض الأخرى:		
1.		
2.		
المدفوعات الشهرية الأخرى:		
كوبرا		
التأمين على الحياة		
3.		
إجمالي النفقات الشهرية:		
دولارًا	دولارًا	

الأصول	
النقد المتاح	
حساب التوفير	
الحساب الجاري	
شهادات الودائع	
الأوراق المالية	
التأمين على الحياة	
العقارات الأخرى	
غير ذلك	
المركبة / الطراز والموديل: السنة القيمة	
التسويات المالية:	
التأمين على الحياة	
الإرث	
غير ذلك	
القيمة الإجمالية للأصول: دولارًا	

التعليقات:

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. وبموجبها أسمح للمستشفى للحصول على المعلومات من وكالات إعداد تقارير الائتمان الخارجية إذا رأت ذلك ضروريًا.

التاريخ

توقيع المريض، أو الزوج / الزوجة، أو الضامن أو الممثل القانوني

## إقرار طلب برنامج المساعدة المالية

أقر بأن توقيعي على هذا النموذج يؤكد على صحة جميع البيانات والمعلومات الواردة في طلب برنامج المساعدة المالية ودقتها على حد علمي وأني قد أفصحت عن جميع الحقائق المتعلقة بالمعلومات المالية. وأدرك وأقر بأن أي تحريف لأي من المعلومات المقدمة في هذا الطلب أو الفشل أو عدم التعاون مع الجهود المبذولة لتأهيلي للبرامج الأخرى التي قد تغطي تكاليف رعايتي (على سبيل المثال، برنامج Medicaid، وبرنامج مطالبات الإصابات الشخصية، وبرنامج تعويض العمال، وبرنامج سائقي السيارات غير المؤمن عليهم، وما إلى ذلك) قد يؤدي إلى رفض الأهلية لبرنامج المساعدة المالية. وسوف أكون مسؤولاً مالياً عن الخدمات المقدمة. أوافق على السماح لممثلي / لموفري الرعاية الخاصين بالمستشفى المصرح لهم بطلب أحد تقارير الانتماء الخاصة بي ومراجعتها واتخاذ خطوات معقولة أخرى للتحقق من جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب والتأكد على صحتها. وأنا أفهم أنه إذا كنت مؤهلاً للحصول على خصومات أقل من 100٪ فساكون مسؤولاً عن دفع الجزء المتبقي من الفاتورة (الفواتير) الخاصة بي.

توقيع المريض / الطرف المسؤول: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

إقرار عدم وجود مصدر دخل (يتم إكماله فقط عند تقديم الطلب كمعدوم الدخل)

أنا حالياً عاطل عن العمل وليس لدي مصدر للدخل. يتم دفع نفقات المعيشة الخاصة بي وتوفيرها عن طريق ما يلي:


التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع الخبير/ الطرف المسؤول:

إقرار عدم وجود مصدر دخل (يتم إكماله فقط عند تقديم الطلب كمعدوم الدخل)

أنا حاليًا عاطل عن العمل وليس لدي مصدر للدخل. يتم دفع نفقات المعيشة الخاصة بي وتوفيرها عن طريق ما يلي:


التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يتم إكمال هذا القسم بواسطة مسؤول برنامج المساعدة المالية فقط

التحقق من الدخل / المعالين / النفقات	
تم التحقق من إجمالي الدخل (من جميع المصادر)	
تم التحقق من إجمالي المعالين	
تم التحقق من إجمالي النفقات	

N: برنامج المساعدة المالية / صفحة تعليمات\_ الطلب\_ يونيو 2017

الأسلوب المستخدم للاستفادة من تقرير الأهلية الخاص بسياسة المساعدة المالية (ضع دائرة حول كل الخيارات السارية)

البحث الاجتماعي	√
تنبؤي - نوع التنبؤي:	√
المعدل المتدرج	√

الاعتبارات الأخرى في تقرير أهلية سياسة المساعدة المالية


تقرير / حالة الأهلية الخاصة بسياسة المساعدة المالية

معتمد <input type="checkbox"/>	نسبة الخصم:
معلق <input type="checkbox"/>	السبب:
مرفوض <input type="checkbox"/>	السبب:
تم إكمال التقييم واتخاذ القرار بواسطة: الاسم:	الهاتف:

إشعار قرار سياسة المساعدة المالية

تاريخ إبلاغ مقدم الطلب:	
طريقة إشعار مقدم طلب الحصول على برنامج المساعدة المالية	
<input type="checkbox"/>	تم إشعاره عبر الهاتف - تم توفير اسم الشخص الذي يتم إبلاغه إلى:
<input type="checkbox"/>	تم إشعاره عبر البريد الأمريكي (تم الاحتفاظ بنسخة من الخطاب في الملف)
<input type="checkbox"/>	تم إشعاره بطريقة مختلفة: صف ذلك:
تم إكمال الإشعار بواسطة: الاسم:	الهاتف:

معالجة حساب سياسة المساعدة المالية

رقم الحساب	الحساب المعالج / المعدل	رقم الحساب	الحساب المعالج / المعدل
التاريخ:	تمت المعالجة / التعديل بواسطة: الاسم:	الهاتف:	