



## Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E.)

عزيزي المريض / مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension تقوم على التعاطف وهي مخصصة لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصة الأكثر احتياجًا. إن مهمتنا وميزتنا تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضانا. والمساعدة المالية متاحة فقط للرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية الأخرى. نشكرك على ثقتك بنا فيما يتعلق برعايتك أنت وعائلتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بكم.

نرسل إليكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق نظرًا لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، يرجى تجاهل هذا الخطاب. الرجاء إكمال كلا الوجهين، بما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أكملت طلبًا خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة عليه للحصول على مساعدة مالية، يرجى إبلاغنا بذلك. قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. لن نضع في اعتبارنا أي طلب سابق يتجاوز ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من عنصر واحد على الأقل من العناصر التالية كإثبات للدخل. إذا كنت متزوجًا أو عشت مع شخص آخر مهم لمدة 6 أشهر أو أكثر، فسوف يلزم أيضًا أن يقوم هذا الشخص بتقديم نسخة من واحد على الأقل من العناصر التالية كدليل على دخله قبل أن يتسنى لنا معالجة الطلب.

- نسخ من 3 أحدث كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملاً حرًا، فقم بتضمين جميع الجداول) أو تأكيد عدم تعبئة الإقرار الضريبي ([www.irs.gov/form4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- خطاب منح الضمان الاجتماعي و / أو معاش التقاعد
- الإقرار الضريبي الأخير للوالد أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب تابعًا مدرجًا في نموذج الإقرار الضريبي الخاص بالوالد أو الوصي وكان عمره أقل من 25 عامًا
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى
- نسخ من بيانات الحسابات المصرفية عن آخر 3 شهور
- صورة من إيصال امتيازات البطالة

إذا كنت تتلقى المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، يرجى حثهم على إكمال النموذج المرفق الذي يحمل اسم "خطاب الدعم" مع تضمين نسخة من بطاقة الهوية المزودة بصورة الخاصة بهم. ولن يجعلهم ذلك مسؤولين عن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. بل سيساعد ذلك على إظهار مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

أخيرًا، يرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية / الأدوية الشهرية المستحقة.

يرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل حتى يتسنى النظر في الطلب. يتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

يرجى مراعاة أن الاتصالات باستخدام البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من ضعف احتمالية حدوث ذلك، إلا أنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قبل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. ونظرًا لأن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

الرجاء إرسال الطلب المكتمل بعد طباعته عبر البريد إلى أحد العناوين التالية أو تسليمه باليد فيها:

**ASCENSION ST. VINCENT'S  
CLAY  
COUNTY  
HOPE PROGRAM  
1670 ST. VINCENT'S WAY  
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST.  
VINCENT'S  
SOUTHSIDE  
HOPE PROGRAM  
4201 BELFORT RD  
Jacksonville, FL 32216**

**ASCENSION ST.  
VINCENT'S  
RIVERSIDE  
HOPE PROGRAM  
1 SHIRCLIFF WAY  
Jacksonville, FL 32204**

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم 308-1956(904).

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في  
Ascension St. Vincent's

برنامج أهلية المرضى للتواصل الصحي (HOPE)

الأسئلة الإضافية لفحص المساعدة المالية

هل لديك تأمين صحي؟	نعم لا	اسم شركة التأمين
هل عمرك أقل من 21 عامًا أو أكبر من 65 عامًا؟	نعم لا	معرف العضو
هل لديك أطفال قصر في المنزل؟	نعم لا	<input type="checkbox"/> أكبر من 65 عامًا
هل أنت سيدة حامل؟	نعم لا	<input type="checkbox"/> أقل من 21 عامًا
هل تم اعتبارك معاقًا من قبل إدارة الضمان الاجتماعي	نعم لا	<input type="checkbox"/> معاق
أو هل لديك حالة إعاقة معلقة؟	نعم لا	<input type="checkbox"/> حالة إعاقة معلقة: متى قمت بتقديم الطلب؟
ما حالة الجنسية الأمريكية الخاصة بك؟ يرجى ملاحظة أنه تم	نعم لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> لاجئ
طرح هذا السؤال لأغراض الأهلية للاستفادة من برنامج		<input type="checkbox"/> بطاقة خضراء <input type="checkbox"/> تأشيرة (للعمل أو الزيارة)
Medicaid لحالات الطوارئ فقط		

الرجاء تحديد سبب تقديم طلب المساعدة المالية / برنامج أهلية المرضى للتواصل الصحي (HOPE)

- لدي فواتير طبية معلقة بسبب زيارة غرفة الطوارئ / الإقامة في عيادات المرضى الداخلية / الرعاية المجدولة (ضع دائرة على إجابة واحدة أو أكثر)
- غير ذلك (يرجى تقديم شرح موجز) \_\_\_\_\_

وقت معالجة الطلب

- قد يستغرق الأمر ما يصل إلى 45 يومًا، إلا أن المستشارين الماليين لدينا يعملون بكل جد لمعالجة طلبك في أسرع وقت ممكن.
- لمساعدة المستشارين الماليين لدينا في هذه العملية، يرجى التأكد من إرسال الطلب المكتمل بالكامل والموقع عليه مع جميع المستندات المطلوبة لتجنب التأخير في معالجة طلبك.

برنامج أهلية المرضى للتواصل الصحي (HOPE)

## تعليمات تفصيلية لطلب المساعدة المالية

- نموذج طلب المساعدة المالية  
يرجى إكمال جميع الحقول السارية والتوقيع على النموذج وتأريخه
- أسئلة فحص المساعدة المالية  
يرجى وضع دائرة حول "نعم" أو "لا" وتقديم معلومات إضافية عند الحاجة
- خطاب الدعم  
يرجى إكمال ذلك إذا كان ينطبق عليك
- نموذج تصديق المشردين  
يرجى إكمال ذلك بشكل كامل إذا كان ينطبق عليك
- بيان المعلومات المالية، نموذج 2613 (للمقيمين في فلوريدا فقط)  
سيتم استخدام هذا النموذج لأغراض الأهلية وإصدار القرارات حول برنامج Medicaid من قبل قسم الأطفال والعائلات (DCF) ولتحديد ما إذا كنت مؤهلاً أم لا.  
يجب أن تتضمن سطور التوقيع توقيع المريض والزوج / الزوجة إن أمكن.
- تعيين ممثل معين، نموذج 2505 (للمقيمين في فلوريدا فقط)  
قم بالتوقيع في سطر "توقيع العميل" وكتابة التاريخ.  
سيتم استخدام هذا النموذج لأغراض الأهلية وإصدار القرارات حول برنامج Medicaid. وهو يسمح لنا بإكمال طلب Medicaid الخاص بك ومتابعة حالة Medicaid الخاصة بك. لا تكتب اسم الممثل عنك.
- الملحق "ج" (لسكان جورجيا فقط)  
قم بالتوقيع باسمك تحت 10. وقم بتاريخ النموذج تحت 11.
- تصريح R1 للتوقيع على تمثيل المريض وتأريخه.
- تصريح R1 لمناقشة Health Care Coverage  
يرجى إكمال المعلومات المطلوبة بشكل كامل إذا كان ذلك ينطبق عليك.

# نموذج طلب المساعدة المالية

## معلومات المريض

(يرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "لا ينطبق" إذا كان الخيار لا ينطبق على أي سطر فردي في الطلب)

التاريخ	رقم الحساب	الاسم (الأول والعائلة)
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف
عنوان المراسلات	المدينة	الولاية
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	الرمز البريدي	حالة التوظيف
مكان العمل	رقم هاتف مكان العمل	عدد ساعات العمل في الأسبوع

## المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المريض الوارد اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغاً.)

الاسم (الأول والعائلة)	رقم الهاتف	الحالة الاجتماعية
تاريخ الميلاد	المدينة	الولاية
عنوان المراسلات	الرمز البريدي	حالة التوظيف
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	رقم هاتف مكان العمل	عدد ساعات العمل في الأسبوع

## معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم (الأول والعائلة)	رقم الهاتف	الحالة الاجتماعية
تاريخ الميلاد	المدينة	الولاية
عنوان المراسلات	الرمز البريدي	حالة التوظيف
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	رقم هاتف مكان العمل	عدد ساعات العمل في الأسبوع

## الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول

عدد الأشخاص البالغين والأطفال الذين يعيشون في المنزل

## الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبلغ في الشهر لكل منها.)

الدخل المكتسب لمقدم الطلب	إعالة الطفل التي يتم تلقيها
دخل زوج / زوجة مقدم الطلب	النفقة التي يتم تلقيها
امتيازات الضمان الاجتماعي	الدخل من تأجير الممتلكات
الدخل من المعاش / التقاعد	قسائم الطعام
دخل الإعاقة	توزيعات أموال التي يتم تلقيها
تعويضات البطالة	غير ذلك من مصادر الدخل
تعويضات العمال	غير ذلك من مصادر الدخل
الدخل من الفوائد / الأرباح	إجمالي الدخل الشهري بالدولار

## نفقات المعيشة الشهرية

الرهن / الإيجار	رعاية الأطفال / النفقة
المرافق	بطاقات الائتمان:
الهاتف (الخط الأرضي)	فواتير الأطباء / المستشفيات
الهاتف الخليوي:	تأمين السيارة / المركبات
البقالة / الطعام	التأمين على المنزل / الممتلكات
خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للتلفاز	التأمين الطبي / الصحي
مدفوعات السيارة	التأمين على الحياة
رعاية الأطفال	النفقات الشهرية الأخرى
	إجمالي النفقات الشهرية بالدولار

## الأصول

النقد / التوفيرات / الحسابات الجارية
الأسهم / السندات / الاستثمارات / شهادة (شهادات) الإيداع
العقارات / الأخرى / المساكن الثانوية
المراكب / الدراجات النارية / المركبات الترفيهية
المركبات التي يقوم الهواة بتجميعها / المركبات غير الأساسية
الأصول الأخرى

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.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

## تعليقات

---

---

---

---

---



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E)|

## خطاب الدعم

رقم السجل الطبي / رقم الحساب للمريض \_\_\_\_\_  
اسم الداعم \_\_\_\_\_  
العلاقة بالمريض / بمقدم الطلب \_\_\_\_\_  
عنوان الداعم \_\_\_\_\_

إلى Ascension:

هذا الخطاب مرسل إليكم لإبلاغكم بأن (اسم المريض) يتلقى دخلاً ضعيفاً أو ليس له دخل وأنا أساعده في نفقات المعيشة الخاصة به / بها. وليس مفروضاً عليه إلا أقل الالتزامات أو ليس مفروضاً عليه أي التزامات تجاهي.

من خلال التوقيع على هذا البيان، أنا أقر أن المعلومات المحددة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

نموذج تصديق المشردين

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ تم تأكيد رقم الضمان الاجتماعي (نعم/لا): \_\_\_\_\_

أنا حاليًا شخص بلا مأوى ويُسمح لي بتلقي البريد على العنوان التالي:

\_\_\_\_\_

أتلقى قسائم الطعام بمبلغ \_\_\_\_\_ دولار كل شهر.

أنا عاطل عن العمل ولم يكن لدي دخل خلال آخر \_\_\_\_\_ شهر / شهر.

المريض

أقرّ بأن ردي على البيان السابق الساري عليّ صحيح وكامل ودقيق. من خلال التوقيع على هذا الإقرار، فإنك تقر بأنك قد قرأت هذا الإقرار أو أنه قد تم قراءتها لك، وأنت قمت بمهرها بتوقيعك القانوني الصالح.

توقيع المريض التاريخ رقم الهاتف

مالك المنزل / المستأجر

يرجى مطالبة مالك المنزل / المستأجر للمنزل حيث يُسمح لك بتلقي البريد بإكمال هذا القسم:

أقرّ أنا \_\_\_\_\_ بأن \_\_\_\_\_ مشرد حاليًا  
ويُسمح له بتلقي البريد على عنوان منزلي المذكور أعلاه.

توقيع الساكن التاريخ رقم الهاتف



ولاية فلوريدا  
Estado De La Florida



قسم الأطفال والعائلات  
Departamento de Ninos y Familias

الكشف عن المعلومات المالية  
Autorización Para Informe Economico

\_\_\_\_\_ Date (التاريخ):

\_\_\_\_\_ رقم الحالة أو رقم الوصول  
(Numero def Caso o Numero de ACCESS)

إلى من يهيمه الأمر،  
(A Quien Pueda Interesar):

بموجب هذا التصريح، أئمنح الإذن وأصريح لأي بنك، أو جمعية بناء، أو صاحب عمل، أو شركة تأمين، أو شركة عقارات، أو وكالة حكومية أو أي منظمة مالية من أي نوع أو صفة بإفشاء المعلومات الكاملة المتعلقة بحساباتي المصرفية أو أرباحي أو وثائق التأمين أو الممتلكات أو الامتيازات لأي وكيل من وكلاء قسم شؤون الأطفال والعائلات طوال الفترة الزمنية المذكورة أدناه.

(Par la presente autorizo a cua/quier banco, compafiia de construcci6n, compafiia de seguros, compafiia de bienes raices, agencia de gobierno o instituci6n financiera que a sf lo solicite, a suministrar informaci6n sobre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Ninos y Familias.)

\_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ هذا الكشف عن المعلومات صالح من

(. \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Esta autorizaci6n es valida desde)

\_\_\_\_\_ التوقيع (التوقيعات):  
(Firma(s))

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ اسم (أسماء) الحساب:  
(Nombre(s) en la Cuenta)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ التاريخ

\_\_\_\_\_ توقيع أخصائي ESS



## تعيين ممثل معين



رقم الحالة

اسم العميل

### تم إكمال المعلومات من خلال العميل

أو أن ينوب عني \_\_\_\_\_ فيما يتعلق باتخاذ قرار بشأن  
اسم الممثل

الأهلية للحصول على المساعدة العامة من قسم الأطفال والعائلات.

توقيع العميل

التاريخ

### تم إكمال المعلومات من خلال الممثل

أدرك أنه من خلال قبول هذا التعيين إنني سأكون مسؤولاً عن تقديم، أو المساعدة في تقديم، المعلومات اللازمة لإثبات أهلية هذا الشخص للحصول على المساعدة. وأنا أدرك أنه قد تتم مقاضاتي بتهمة الحنث باليمين و / أو الاحتيال إذا حجبت معلومات أو قدمت معلومات خاطئة عن قصد.

توقيع الممثل

التاريخ

العلاقة بالعميل

العنوان

المدينة

الولاية

رقم الهاتف

### التعيين الذاتي من قبل الممثل

أنا أنوب عن \_\_\_\_\_ فيما يتعلق بتوفير المعلومات من أجل تحديد الأهلية للحصول على المساعدة نظراً لعدم قدرته / قدرتها على التصرف بنفسه / بنفسها. سأقدم المعلومات على حسب علمي. وأنا أدرك أنه إذا قمت بحجب المعلومات أو إذا قدمت عن قصد معلومات خاطئة، فقد تتم مقاضاتي بتهمة الحنث باليمين و / أو الاحتيال. أوافق على الإبلاغ على الفور عن أي تغيير في وضع هذا الشخص بمجرد أن أصبح على علم بذلك التغيير.

توقيع الممثل

التاريخ

العلاقة بالعميل

العنوان

المدينة

الولاية

رقم الهاتف

## المساعدة في استكمال هذا الطلب

### يمكنك اختيار ممثل مفوض لك.

يمكنك منح شخص موثوق به الإذن للتحدث معنا حول هذا الطلب، والاطلاع على معلوماتك، والتصرف نيابةً عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك والتوقيع عليه نيابةً عنك. وهذا الشخص يطلق عليه اسم "الممثل المفوض". إذا احتجت في أي وقت إلى تغيير ممثلك المفوض، فاتصل بقسم خدمات العائلة والأطفال (DFCS) على الرقم 1-467-423-4746. إذا كنت ممثلاً معيناً قانوناً لشخص مذكور اسمه في هذا الطلب، فأرسل الدليل على ذلك مع الطلب.

1. حدد اسم الممثل المفوض (الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة)

العنوان	2.	رقم الشقة أو الجناح	3.
المدينة	4.	الولاية	5.
رقم الهاتف	7.	الرمز البريدي	6.
( ) -		رقم الهوية (إن وجد)	9.
اسم المنظمة	8.	من خلال التوقيع، فإنك تسمح لهذا الشخص بالتوقيع على طلبك، والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب، والتصرف نيابةً عنك في جميع الأمور المستقبلية مع هذه الوكالة.	
توقيعك	10.	11. التاريخ (شهر / يوم / سنة)	

### لمستشاري الطلبات والمستكشفين والوكلاء والوسطاء المعتمدين فقط.

أكمل هذا القسم إذا كنت مستشار طلبات أو مستكشف أو وكيل أو وسيط معتمد يملأ هذا الطلب نيابةً عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء الطلب (شهر / يوم / سنة)

2. الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة

اسم المنظمة	3.	رقم الهوية (إن وجد)	4.
-------------	----	---------------------	----



## تصريح بتمثيل المريض

من: (اسم العميل)

بموجب هذا التصريح، أقوم بتعيين واختيار R1 Care Coverage ووكلائها وموظفيها (يُشار إليهم مجتمعين باسم "الممثلين") لتمثيلي والتصرف نيابةً عني أمام أي منظمة طبية أو منظمة مالية أو شركة تأمين على الحياة أو مكان عمل أو قسم خدمات إنسانية في أي مقاطعة / ولاية أو إدارة ضمان اجتماعي أو منظمة صحة عقلية أو إدارة محاربيين قدامى بغرض تأمين أو تعديل امتيازات الرعاية الصحية لي و / أو لعائلتي.

وأنا أوافق صراحةً على الكشف عن جميع سجلات المستشفيات والتقارير الطبية والنفسية (بما في ذلك، إذا كان ذلك مناسبًا، التقارير المتعلقة بإدمان المخدرات والكحوليات وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز) وجميع المعلومات المالية (بما في ذلك البيانات المصرفية ووثائق التأمين على الحياة ووثائق التوظيف / كشوف الرواتب) وجميع الوثائق والمعلومات الأخرى المتعلقة بي و / أو بعائلتي والتي تكون في حوزة هذه الكيانات للممثلين عني.

أنا أدرك أن بعض السجلات التي يتم استردادها قد تتضمن معلومات حول الإدمان والصحة العقلية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية فيما يتعلق بالإصابة بالأمراض المعدية الأخرى. يجب الحفاظ على سرية بعض هذه المعلومات وفقًا لجميع قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية وفقًا لقانون إخضاع التأمين الصحي لإمكانية النقل والمحاسبة (HIPAA) الخاصة بالخصوصية والمعدل في 14 أغسطس 2002. أقر بأنني تلتقيت نسخة من سياسة إشعار خصوصية R1 وفقًا لما يقتضيه القانون.

أتنازل بموجب هذا التصريح عن أي متطلبات للسرية تم تقييمها من قبل ممثلي R1's Care Coverage، ولن أفصح عن هذه المعلومات إلا للأخرين الذين لهم علاقة مباشرة بحالتي. يجب ألا تزيد مدة المعلومات التي يتم استردادها أو الكشف عنها عن المعقول لتحقيق هذه المعلومات والكشف عنها.

بيانات الضمان الاجتماعي: كما أصرح لـ R1's Care Coverage وأقوم بمنحها الحق في جمع المعلومات من إدارة الضمان الاجتماعي و / أو المستشار القانوني والتي حصلت عليها من أجل التحقق من صحة معلوماتي أو الحصول عليها من أي فرد من أفراد العائلة فيما يتعلق بحالتي والتي يمكن أن ألقاها أنا أو أي فرد من أفراد عائلتي.

التاريخ	التوقيع	الاسم (بحروف واضحة)
		عنوان الشارع
		المدينة
		الولاية
		الرمز البريدي
		الهاتف
		رقم الحساب
		ممثل Care Coverage
		Ascension St. Vincent's المستشفى / تاريخ الدخول
		توقيع الشاهد (إذا لم يكن المريض قادرًا على التوقيع)



التعليمات: يُرجى تقديم جهتي اتصال إضافيتين يمكن لشركة R1 RCM Inc. التحدث إليهما نيابة عنك فيما يتعلق بحالة التأمين الصحي / Medicaid / Medicare:

### تصريح لمناقشة تغطية الرعاية الصحية

بموجب هذا النموذج، أصرح لشركة R1 RCM Inc. باستخدام المعلومات المتعلقة بتغطية الرعاية الصحية الخاصة بي أو الكشف عنها للأفراد المذكورين أدناه. سيكون هذا التصريح ساريًا حتى تتم الموافقة على تغطية الرعاية الصحية، ويتم اتخاذ قرار نهائي بأنني لست مؤهلاً للحصول على أي تغطية للرعاية الصحية، أو حتى أسحب هذا التصريح من خلال تقديم إشعار مكتوب بذلك إلى شركة R1 RCM Inc.

الاسم: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

اسم المريض ( بحروف واضحة ) \_\_\_\_\_  
التوقيع \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

الشخص الذي يعطي التصريح إذا كان مختلفًا  
عن المريض  
عنوان الشارع \_\_\_\_\_  
التوقيع \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد (إذا لم يكن المريض قادرًا على التوقيع)

Ascension St. Vincent's  
المستشفى / تاريخ الدخول

ممثل R1 RCM, Inc.