**العناية الإلهية للقديس يوحنا**



سان جون بروفيدنس

عريضة طلب المساعدة المالية

المستشفى:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الحساب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| معلومات المريض |

إسم المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تأريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الحالة الإجتماعية (ضع دائرة): أعزب/عزباء، متزوج/متزوجة، مطلق/مطلقة، أرمل/أرملة

الأرقام الأربعة الأخيرة لرقم الضمان الإجتماعي: \_\_\_\_\_\_\_\_ عنوان المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المدينة/الولاية/الرقم البريدي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف البديل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الزوج/الزوجة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم هاتف الزوج/الزوجة الرئيسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التأمين الطبي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عريضة طلب التأمين الصحي الطبي تحت الإجراء: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| قريب/معلومات اُخرى للأتصال وتأكيد الدعم المالي |

القريب/إسم الشخص للأتصال به: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ قرابته: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف البديل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| معلومات عن الوظيفة والدخل |

عدد المعالجين الخاضعين للضريبة: \_\_\_\_\_ إسم المُستخدِم للمريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تأريخ التوظيف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

متوسط ساعات العمل إسبوعيا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الأجر بالساعة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم مُستَخدِم زوج/زوجة المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تأريخ التوظيف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 متوسط ساعات العمل إسبوعيا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الأجر بالساعة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا كنت تملك عملاً تجاريا أو تعمل لحسابك الخاص صِف هذا العمل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

قد يُرفض طلب المرضى غير المؤمن عليهم صحياً من المساعدة الخيرية إذا تقرر بأنهم غير متعاونين ويحاولون الحصول على التأمين أو أهلية التغطية الصحية من خلال برامج اُخرى (كالميديكيد على سبيل المثال).

**العناية الإلهية للقديس يوحنا**

سان جون بروفيدنس

عريضة طلب المساعدة المالية

|  |
| --- |
| الوثائق والشهادات المطلوبة |

من أجل سير معاملة طلبك للمساعدة المادية، يجب أن تُقدمَ نسخة من الوثائق التالية:

□ نسخة من الهوية الرسمية بصورتك، مثل رخصة قيادة السيارة أو هوية صادرة من الولاية، أو جواز

 سفر ساري المفعول. و

□ إثباتات الدخل (مثلا: عَقِب الصك بالراتب الحالي، الإقرار الضريبي، كشف بالحساب البنكي، و المبلغ

 الحالي كما يلي:

* النفقةالمٌستَلَمة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* الضمان الإجتماعي المُستَلَم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* دخلٌ البطالة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* دخلٌ ناتج عن الإعاقَة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ خطاب الدَعمْ: مُوَقع من قبل الطرَف الذي يُساعدُك في المعيشة و/أو يساعدك في المأوى.

**شهادة**

توقيعي على هذه الإستمارة يُعَدُ شهادة بأن جميع البيانات الواردة صحيحة على حد علمي، وبأنني كشفت عن الحقائق المتعلقة بحالتي المالية.

اُقر وأفهم بأن تحريفي بما يتعلق بهذه العريضة أو فشلي مع الجهود الرامية التي تؤهلني للبرامج التي تغطي تكاليف رعايتي الصحية على سبيل المثال ( ميديكيد، المطالبة عند الإصابة الشخصية، تعويضات إصابات العمل ، المطالبة في حوادث السيارات) قد يُبطِل منحي أيّ مساعدة مالية أو الرعاية الخيرية. سأكون مسؤولا من الناحية المالية عن الخدمات المقدمة لي.

اُوافق على السماح للمنظمة الصحية لسان جون بروفيدنس أو مُمثليها لطلب أو مراجعة تقرير الإئتمان الخاص بيّ، وإتخاذ خطوات اُخرى معقولة للتحقق من صحة جميع المعلومات المقدمة.

كما أفهم إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الجزئية/الرعاية الخيرية المالية بأنني سأكون مسؤولاً عن دفع الجزء المتبقي من فاتورتي.

رجاءً وقع تحت

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اُكتب إسم المريض/الوصي التأريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع المريض/الوصي التأريخ

|  |
| --- |
| لإستخدام الجهة الرسمية فقطإسم المستشار المالي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تأريخ تقديم طلب عريضة المساعدة المالية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تأريخ فترة طلب المساعدة المالية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_نتيجة حالة الطلب: موافق/مرفوضتأريخ القرار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اُرسلت الرسالة/بتأريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_نوقش "قانون الرعاية الصحية بسعر معقول" مع المريض: نعم/لاطلب الإتصال للمتابعة: نعم/لاأفضل وقت للإتصال: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |