

السيد مقدم الطلب:

إذا كان سداد نفقات رعايتك الصحية يشكل صعوبة مالية بالنسبة لك، فيُرجى استيفاء هذا الطلب.

سوف يساعدنا هذا الطلب على تحديد مدى قدرتنا على خفض تلك النفقات الخاصة بالخدمات المقدمة في أي موقع تابع إلى Dartmouth-Hitchcock. يُرجى إجابة جميع الأسئلة التي تنطبق عليك أو على أسرتك. تتمتع أي معلومات تقدمها بالسرية، ولا يراجعها إلا الفريق المسؤول عن التعامل مع طلبك.

إذا كنت تتمتع بتأمين، فربما تكون أيضًا مستحقًا للحصول على مساعدة مالية من مقدمي الخدمات الآخرين المشاركين في شبكة الحصول على الخدمات الصحية في نيوهامبشير (NH Health Access Network). وشبكة الحصول على الخدمات الصحية في نيوهامبشير (NH Health Access Network) هي شبكة من المستشفيات وغيرها من جهات تقديم خدمات الرعاية الصحية تعمل على تحسين حصول الأطفال والبالغين غير المؤمن عليهم من المقيمين في ولاية نيوهامبشير على خدمات الرعاية الصحية.

وقبل تقديم أي مساعدة مالية، يجب أن تكون قد استنفذت بالفعل جميع مصادر السداد الأخرى بما في ذلك التأمين أو المساعدات العامة أو الدعاوى القضائية أو التزامات الأطراف غير المباشرة. يُرجى استخدام القائمة المرجعية الموضحة أدناه للتأكد من إدراجك جميع المعلومات.

لا ينطبق	مطلوب	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. نسخة كاملة من إقرار الضريبة على الدخل الفيدرالي وجميع القوائم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. نسخ من أحدث نماذج W-2 (نماذج الأجور والضرائب) بأكملها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. نسخ من أحدث ثلاثة (3) كعوب لشيكات الرواتب أو بيان من صاحب العمل (أصحاب العمل)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. نسخ من أحدث ثلاث (3) كشوفات حساب بنكية (مثل حساب الادخار أو الحساب الجاري أو صناديق أسواق المال أو حسابات التقاعد الفردية (IRA)، أو حسابات خطة التقاعد (401K) وغيرها).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. نسخ من بيانات البطالة وإعانات التعويض عن الإعاقة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. نسخ من بيانات إعانات الضمان الاجتماعي وأو معاش التقاعد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. نسخ من قسائم التغذية المخصصة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. نسخ من بيانات مصادر أرباح الأسهم، والصناديق الاستثمارية والضرائب العقارية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. نسخ من إخطارات المساعدات الحكومية؛
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- إخطارات وزارة الصحة والخدمات البشرية (جميع الصفحات)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- خطابات برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل والمحدودة - ميديكيد (Medicaid) لتقليل الإنفاق، ونسخ من إخطارات الرفض من برنامج ميديكيد (Medicaid)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- إخطارات من خطة أو خطط المساعدة الأساسية (Premium Assistance Plan) وبرنامج تأمين السوق (Marketplace Insurance)

سوف تظل مسؤولاً ماليًا عن أي خدمات تلقاها حتى استلام طلبك الذي قمت باستيفائه. في حال عدم تلقيك ردًا منا بعد 30 يومًا من إعادة إرسال طلبك، أو في حال احتجت إلى المساعدة في استيفاء الطلب، يرجى الاتصال بمدافعينا عن حقوق المرضى على الرقم 647-6436 (844). ساعات العمل من 9 صباحًا إلى 4:30 مساءً، أيام من الإثنين إلى الجمعة.

**يجب إعادة إرسال الطلبات بعد استيفائها إلى العنوان أدناه:**

مركز دارتموث هنتشوك الطبي (Dartmouth-Hitchcock Medical Center) One Medical Center Drive الخدمات المالية مسبقة السداد (PFS): المستوى 3 طلب المساعدة المالية (FAA) Lebanon, NH 03756 فاكس: 650-6142 (603)	مركز شيشاير الطبي 580 Court Street الخدمات المالية مسبقة السداد (PFS): طلب المساعدة المالية Keene, NH 03431 فاكس: 354-6533 (603)	مستشفى نيو لندن ص.ب رقم: 2150 عناية: مستشار مالي New London, NH 03257 فاكس: 526-5085 (603)	مستشفى أليس بيك داي ميموريال 10 Alice Peck Day Drive طلب المساعدة المالية Lebanon, NH 03766 فاكس: 650-6142 (603)	خدمات التمريض ورعاية المسنين المتنقلة في فيرمونت وينوهامبشير (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 فاكس: 650-6142 (603)
---	---	--	---	---

يمكنك الحصول على مساعدة مباشرة في استيفاء هذا الطلب في أي من المواقع التالية:

مركز دارتموث هنتشوك الطبي (Dartmouth-Hitchcock Medical Center) One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	مركز دارتموث هنتشوك الطبي مانشستر الطبي 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	مركز دارتموث هنتشوك الطبي مانشستر الطبي 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	مركز دارتموث هنتشوك الطبي كوتكورد 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080
مركز دارتموث هنتشوك الطبي كوتكورد 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	مركز دارتموث هنتشوك الطبي ناشوا 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	مركز دارتموث هنتشوك الطبي داي ميموريال 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	مركز دارتموث هنتشوك الطبي كوتكورد 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080

## طلب المساعدة المالية 1. بيانات المريض

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
العنوان بالكامل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الفترة الزمنية للبقاء في العنوان
العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
<input type="checkbox"/> أعراب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> الاقتران المدني <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم في نيوهامبشير				
رقم هاتف المنزل رقم هاتف العمل				

## 2. الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
العنوان إذا كان مختلفًا عن عنوان المريض	رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل		
اسم شركة التأمين	تاريخ بدء السريان			

## 3. يُرجى ذكر جميع المقيمين في منزل الأسرة بمن فيهم مقدم الطلب: يمكن استخدام ورقة أخرى عند الحاجة

الاسم	صلة القرابة بالمريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	ينطبق نعم/لا
1	صاحب الطلب نفسه			
2				
3				
4				
5				
6				

## 4. هل هذا الطلب مقدم عن خدمة لاحقة أم سابقة؟

لاحقة  سابقة  تاريخ (تواريخ) الخدمات: \_\_\_\_\_

## 5. يُرجى استيفاء هذا القسم إذا كان أي من أفراد الأسرة لديه تأمين:

التأمين الصحي (الخطة/الاسم)، \_\_\_\_\_ حساب الإخار الصحي (جماعي) نعم  لا  من: \_\_\_\_\_  
رقم السياسة/رقم التعريف \_\_\_\_\_ المبلغ المقتطع: \_\_\_\_\_  
الجزء أ من برنامج الرعاية الصحية الأمريكي ميديكير (Medicare) \_\_\_\_\_، الجزء ب من برنامج الرعاية الصحية الأمريكي ميديكير (Medicare) \_\_\_\_\_، تلقي مساعدة لسداد الجزء ب من برنامج الرعاية الصحية الأمريكي ميديكير (Medicare)، من: \_\_\_\_\_

6. هل قدم أي من أفراد أسرتك طلبًا إلى برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل والموارد المحدودة - برنامج ميديكيد (Medicaid)؟  نعم  لا  من: \_\_\_\_\_  
إذا كانت الإجابة نعم وتم رفض الطلب، يرجى تقديم نسخة من إخطار رفض الإضافة إلى برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل والموارد المحدودة - برنامج ميديكيد (Medicaid).

7. هل تقدمت من قبل بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي منشأة أخرى؟  نعم  لا  إذا كانت الإجابة نعم، فأى منشأة: \_\_\_\_\_

8. هل أي من أفراد أسرتك حامل؟  نعم  لا

9. هل خدم أي من أفراد أسرتك في القوات المسلحة؟  نعم  لا  من: \_\_\_\_\_

10. هل رفعت مؤخرًا دعوى تعويض عامل أو حادث سيارة؟  نعم  لا التاريخ: \_\_\_\_\_

11. هل هناك أي من أفراد أسرتك مستحق لإعانات الضمان الاجتماعي؟  نعم  لا من: \_\_\_\_\_

12. هل هناك شخص آخر يطالبك في إقراره الضريبي الخاص بضريبة الدخل؟  نعم  لا من: \_\_\_\_\_

## 13. معلومات الأسرة المعيشية

الشخص 3	الشخص 2	الشخص 1	
_____	_____	_____	اسم كل فرد من أفراد الأسرة:
_____	_____	_____	اسم صاحب العمل:
_____	_____	_____	<b>إجمالي الدخل الشهري من:</b>
_____	_____	_____	العمل:
_____	_____	_____	العمل الحر:
_____	_____	_____	حسابات الاستثمار:
_____	_____	_____	إيجارات العقارات:
_____	_____	_____	البطالة:
_____	_____	_____	التقاعد:
_____	_____	_____	(الضمان الاجتماعي، معاش التقاعد، الدخل السنوي)
_____	_____	_____	النفقة الزوجية/ نفقة الأطفال:
_____	_____	_____	مساعدة عامة، قسائم غذاء:
_____	_____	_____	مصدر دخل آخر:
_____	_____	_____	<b>مدخرات واستثمارات:</b>
_____	_____	_____	أرصدة حساب جارٍ:
_____	_____	_____	أرصدة حساب توفير وشهادات إيداع:
_____	_____	_____	حسابات التقاعد الفردية (IRAs)، وحسابات خطة التقاعد (403B)،
_____	_____	_____	وحسابات خطة التقاعد (401K):
_____	_____	_____	حدد:
_____	_____	_____	مدخرات واستثمارات أخرى:
_____	_____	_____	حدد:

## 14. نفقات الأسرة

مدفوعات الإيجار الشهري: \_\_\_\_\_ دولار أو مدفوعات الرهن العقاري: \_\_\_\_\_ دولار رصيد قرض الرهن العقاري \_\_\_\_\_ دولار

مبلغ الضريبة العقارية غير المشمول في المبلغ المدفوع أعلاه: \_\_\_\_\_ دولار قيمة المنزل: \_\_\_\_\_

هل تمتلك عقارًا غير محل إقامتك الأساسي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فالقيمة \_\_\_\_\_ دولار من رصيد الرهن العقاري: \_\_\_\_\_

إذا كان العقار تجاريًا، اذكر العنوان: \_\_\_\_\_ قسط القرض الشهري: \_\_\_\_\_ دولار

تُسدّد إلى: \_\_\_\_\_ نظير: \_\_\_\_\_

مدفوعات الجزء د من برنامج الرعاية الأمريكي ميديكير (Medicare) مخصومة من شيك الضمان الاجتماعي:  نعم  لا المبلغ: دولار \_\_\_\_\_

المرافق \_\_\_\_\_ دولار التأمين (على السيارة/الحياة/العقار) \_\_\_\_\_ دولار غير ذلك: \_\_\_\_\_ دولار

النفقة الزوجية/ نفقة الأطفال \_\_\_\_\_ دولار قسط التأمين الصحي \_\_\_\_\_ دولار غير ذلك: \_\_\_\_\_ دولار

رعاية الأطفال \_\_\_\_\_ دولار قوائم الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ دولار غير ذلك: \_\_\_\_\_ دولار

الإعاشة (غاز، غذاء، ملابس) \_\_\_\_\_ دولار الأدوية \_\_\_\_\_ دولار غير ذلك: \_\_\_\_\_ دولار

أوافق، بموجب توقيعني أدناه، على طلب تقرير الائتمان و / أو الإفراج الضريبي الخاص بي. وأتفهم أن الإفراج الضريبي مطلوب للتعامل مع هذا الطلب، وأنه قد تكون ثمة حاجة إلى المزيد من المعلومات قبل تحديد استحقاق المساعدة. وفي حالة عدم إفصاحي الكامل عن المعلومات أو تقديمي معلومات غير دقيقة حول أي من مصادر الدخل أو الأصول، فإن أي موافقة على منحي خصمًا خيريًا على تكاليف الرعاية ستكون ملغاة وباطلة ويسري ذلك بأثر رجعي حتى تاريخ استحقاق سداد الفواتير. كما أنني قد أتحمّل أي/جميع الرسوم القانونية أثناء عملية التحصيل.

يوافق جميع أفراد الأسرة الموقعين أدناه على تقديم أي معلومات طبية أو مالية أو وظيفية ترتبط بشكل مباشر بخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم أو بتحديد مدى استحقاقهم المساعدة المالية. يمكن تقديم هذه المعلومات إلى أي من مقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين طلب منهم أفراد الأسرة خدمات الرعاية الصحية أو المساعدة المالية. وسوف تظل جميع المعلومات المقدمة سرية بموجب لوائح قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPPA) الفيدرالي. قد لا ينظر إلى أي إجراءات اختيارية عند تقدير المساعدة.

أوافق على أنني سوف أرد مبلغ المساعدة المالية كاملاً إذا حصلت على مدفوعات من أي نوع مقابل الخدمات الطبية المذكورة في هذا الطلب، مثل مدفوعات التأمين، أو مدفوعات برنامج حكومي، أو مدفوعات من دعوى قضائية، أو غيرها من المدفوعات.

وأوافق في حال حصولي على مساعدة مالية على إخبار المؤسسة التي تقدمت إليها أول مرة بأي تغييرات من شأنها التأثير على استحقاقني المساعدة، بما في ذلك أي تغييرات في حجم الأسرة ومستوى الدخل وتغطية التأمين الصحي. كما أتفهم أنه في حالة تغير حالي/حالتنا الطبية بما يجعلني/يجعلنا مؤهلين لأحد برامج المساعدة العامة، فإن علي التقدم إلى هذا البرنامج وتقديم إثبات بتقدمي إليه.

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_