

عزيزي مقدم الطلب،

إذا كان سداد نفقات رعايتك الصحية قد يتسبب لك في صعوبات مالية، يرجى ملء هذا الطلب، الذي سيساعدنا على تحديد قدرتنا على تخفيض نفقات الخدمات المقدمة لك في Dartmouth-Hitchcock. يرجى الإجابة على جميع الأسئلة التي تنطبق عليك أو على أسرتك المعيشية. أية معلومات تذكرها ستكون سرية ولا يطلع عليها إلا الموظف الذي يتولى النظر في طلبك.

إذا كنت تتمتع بتأمين فقد تكون أيضاً مؤهلاً للمساعدة المالية لدى مقدمي الخدمة المشاركين الآخرين أعضاء شبكة NH Health Access Network، وهي شبكة من المستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين تعمل على تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية للأطفال والبالغين غير المتمتعين بتغطية تأمينية كافية من سكان ولاية نيو هامبشير.

قبل منح أي مساعدة مالية، يجب أن تكون قد استنفدت بالفعل كل مصادر السداد الأخرى بما فيها التأمين أو المساعدة العامة أو التقاضي أو مسؤولية الطرف الثالث. يرجى استخدام القائمة المرجعية المبينة أدناه للتأكد من تقديمك كل المعلومات.

١. نسخة كاملة من أحدث الإقرارات الفدرالية للضريبة على الدخل وكافة جداول التقدير الضريبي.
٢. نُسخ من كافة أحدث نماذج W-2.
٣. نُسخ من أحدث ثلاثة (٣) كعوب شيكات أجر العمل (الراتب) أو بيان من صاحب العمل (أصحاب العمل)
٤. نُسخ من أحدث ثلاثة كشوف حساب بنكية (على سبيل المثال، حسابات ادخار أو جارية أو صناديق سوق المال، IRA، 401K، وما إلى ذلك).
٥. نُسخ من شهادات إثبات البطالة أو الاستفادة من إعانات تعويض أصحاب الاحتياجات الخاصة والمعاقين
٦. نُسخ من مستندات مزايا الضمان الاجتماعي و/أو المعاشات التقاعدية
٧. نُسخ تفيد باستلام حصص من قسائم بنك الطعام
٨. نُسخ من مصادر الأرباح أو الصناديق الاستثنائية وإقرارات الضرائب العقارية
٩. نُسخ من إخطارات الإعانات الحكومية (شاملة وزارة الصحة والخدمات البشرية)

يمكنك تلقي مساعدة شخصية لاستكمال هذا الطلب في المواقع التالية:

Dartmouth-Hitchcock Keene	Dartmouth-Hitchcock Nashua	Dartmouth-Hitchcock Manchester	Dartmouth-Hitchcock Concord	Dartmouth-Hitchcock Medical Center
580-590 Court Street	2300 Southwood Drive	100 Hitchcock Way	253 Pleasant Street	One Medical Center Drive
Keene, NH 03431	Nashua, NH 03063	Manchester, NH 03104	Concord, NH 03301	Lebanon, NH 03756
4444 داخلي: (603) 354-5454	(603) 577-4055	(603) 695-2692	(603) 229-5080	(603) 650-8051

ستظل مسؤولاً مالياً عن أي خدمات تتلقاها حتى استلام طلبك المستكمل. إذا لم تتلق رداً منا بعد ٣٠ يوماً من إعادتك الطلب إلينا، أو إذا احتجت إلى مساعدة في استكمال الطلب، يرجى الاتصال بأحد مناصري المرضى لدينا على الرقم: (844) 647-6436.

ساعات العمل: ٩:٠٠ صباحاً - ٤:٣٠ مساءً، الاثنين - الجمعة.

ينبغي إعادة الطلب على العنوان التالي.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
عناية: PFS - Level 3 - NSA  
One Medical Center Drive  
Lebanon, NH 03756-0001  
فاكس رقم: (603) 650-6142

اسم العائلة	اسم الأول	اختصار الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	المدينة	ولاية	الرقم البريدي مدة البقاء في هذا العنوان	
عنوان المراسلة	المدينة	ولاية	الرقم البريدي	
رقم هاتف البيت	رقم هاتف العمل	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> قران مدني	<input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم في نيو هامبشير

## ٢. الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة

الاسم الأول	اسم العائلة	اختصار الاسم الأوسط	العلاقة بالمريض	رقم الضمان الاجتماعي
العنوان إذا كان مختلفاً عن عنوان المريض	رقم هاتف البيت	رقم هاتف العمل		
اسم شركة التأمين	تاريخ السريان			

## ٣. يرجى ذكر جميع الأشخاص الذين تتضمنهم الأسرة المعيشية، بما في ذلك مقدم الطلب:

الاسم	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	تقديم الطلب نعم/لا	استخدم صفحة إضافية إذا دعت الحاجة
نفسه					
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					

٤. هل يخص هذا الطلب خدمات مستقبلية أم سابقة؟  مستقبلية  سابقة تاريخ (تواريخ) الخدمات: \_\_\_\_\_

٥. إذا كان أي من أفراد أسرتك المعيشية يتمتع بتأمين فيرجى بيان ذلك: \_\_\_\_\_

تأمين صحي (البرنامج/الاسم) \_\_\_\_\_، حساب توفير صحي (دائرة) - \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_  
رقم الوليصة/رقم الهوية \_\_\_\_\_ مبلغ التحمل: \_\_\_\_\_

Medicare Part A \_\_\_\_\_، Medicare Part B \_\_\_\_\_ يتلقى مساعدة لدفع Medicare Part B من: \_\_\_\_\_

٦. هل تقدم أي من أفراد أسرتك المعيشية للحصول على Medicaid؟  نعم  لا  
من: \_\_\_\_\_ إذا كانت الإجابة نعم ورفض الطلب، برجاء موافقتنا بنسخة من إشعار رفض Medicaid.

٧. هل تقدمت للحصول على مساعدة مالية في جهة أخرى؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فأين: \_\_\_\_\_

٨. هل في أسرتك المعيشية امرأة حامل؟  نعم  لا

٩. هل خدم أحد في أسرتك المعيشية في القوات المسلحة؟  نعم  لا من: \_\_\_\_\_

١٠. هل تقدمت مؤخراً بمطالبة تعويض عمال أو حادث سيارة؟  نعم  لا التاريخ: \_\_\_\_\_

١١. هل يوجد في أسرتك المعيشية من هو مؤهل لإعانات الضمان الاجتماعي؟  نعم  لا من: \_\_\_\_\_

١٢. هل هناك شخص آخر يورد اسمك في إقرار ضريبة الدخل الخاص به؟  نعم  لا من: \_\_\_\_\_

الشخص الثالث	الشخص الثاني	الشخص الأول	13. معلومات الأسرة المعيشية اسم كل واحد من أفراد الأسرة المعيشية: اسم جهة العمل:
_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	إجمالي الدخل الشهري من: عمل: عمل حر: حسابات استثمار: إيجارات عقارات: بطالة: (منذ ___/___/___) تقاعد: (ضمان اجتماعي، معاش تقاعدي، معاش سنوي) نفقة زوجية/ نفقة أطفال: إعانة حكومية، قسائم بنك الطعام: دخل آخر:
_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	مدخرات واستثمارات: أرصدة حسابات جارية أرصدة حسابات ادخار وشهادات إيداع IRAs، 403B، 401K يرجى التحديد: مدخرات واستثمارات أخرى: جدول المحتويات
_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	أخرى: سيارة: عربة ترفيه:
_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	_____ دولار أمريكي	السنة، العلامة التجارية، الموديل؟ السنة، العلامة التجارية، الموديل؟

#### 14. نفقات الأسرة المعيشية

قسط الإيجار الشهري: دولار \_\_\_\_\_ أو قسط القرض العقاري: دولار \_\_\_\_\_ رصيد القرض العقاري: دولار \_\_\_\_\_

مبلغ ضريبة الأملاك غير المشمول في مبلغ السداد أعلاه: دولار \_\_\_\_\_ قيمة المنزل: دولار \_\_\_\_\_

هل تملك عقاراً غير المسكن الأساسي؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، القيمة دولار \_\_\_\_\_ رصيد القرض العقاري: دولار \_\_\_\_\_

إذا كان العقار الآخر مشروعاً تجارياً، سجّل العنوان: \_\_\_\_\_

قسط القرض الشهري: دولار \_\_\_\_\_ يدفع إلى: \_\_\_\_\_

استقطاع Medicare Part D من شيك الضمان الاجتماعي:  نعم  لا المبلغ: دولار \_\_\_\_\_

المرافق	دولار _____	تأمين (سيارة/حياة/عقار)	دولار _____	أخرى:	دولار _____
نفقة زوجية/ نفقة أطفال	دولار _____	قسط التأمين الصحي	دولار _____	أخرى:	دولار _____
رعاية الطفولة	دولار _____	فواتير الرعاية الصحية	دولار _____	أخرى:	دولار _____
المعيشة (بنزين، طعام، ملابس)	دولار _____	أدوية	دولار _____	أخرى:	دولار _____

#### 15. تحويل الحقوق/أقرانها بعناية

بالتوقيع أدناه أصرح بطلب تقرييري الانتماني و/أو إقراراري الضريبي. وأدرك أن هناك حاجة إلى إقرار ضريبي للنظر في هذا الطلب وأنه قد يُطلب المزيد من المعلومات قبل أن يتسنى البت في أهليتي. في حالة عدم إفصاحي بالكامل، أو إقراراري بشكل غير دقيق، عن أي دخل أو أصول، فإن أي اتفاق لمنحك خصم رعاية خيرية سيكون باطلاً وكان لم يكن وباتر رجعي إلى تاريخ استحقاق الفوائير. أتحمّل المسؤولية عن أي/ كل الرسوم القانونية أثناء عملية التحصيل.

يصرّح جميع أفراد الأسرة المعيشية البالغين الذين يوقعون أدناه بالإفراج عن أي معلومات طبية أو مالية أو توظيفية تتعلق بشكل مباشر برعايتهم الصحية أو بأهليتهم للحصول على المساعدة المالية. يجوز الإفراج عن هذه المعلومات إلى أي مقدم رعاية صحية سعى أفراد الأسرة المعيشية إلى الحصول على خدمات رعاية صحية أو مساعدة مالية منه. سنظل جميع المعلومات المذكورة سرية بموجب اللوائح الفيدرالية لقانون HIPAA (قانون التأمين الصحي لنقل المعلومات والمساءلة الفيدرالي). قد لا يُنظر في الجراحات الاختيارية لتقديم مساعدة.

أوافق على أن أسدد المساعدة المالية الممنوحة لي بالكامل إذا تلتقيت مدفوعاً من أي نوع مقابل الخدمات الطبية المشمولة بهذا الطلب، على سبيل المثال: مدفوعات التأمين، أو مدفوعات البرامج الحكومية، أو تعويض من دعوى قضائية، أو أي مدفوع آخر.

إذا تلتقيت مساعدة مالية، فأني أوافق على أن أخبر المؤسسة التي تقدمت إليها أول مرة بأي تغييرات يمكنها التأثير على أهليتي، بما في ذلك التغييرات في عدد أفراد الأسرة والدخل وتغطية التأمين الصحي. وأدرك أنه إذا تغير وضعي/ وضعنا الصحي بحيث قد نكون مؤهلين للاستفادة من أحد برامج المساعدات العامة، فسيتعين علي التقدم بطلب إلى ذلك البرنامج أو موافاته بما يثبت تقديم الطلب.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب المشارك

التاريخ

توقيع مقدم الطلب