

السيد مقدم الطلب:

إذا كان سداد نفقات رعايتك الصحية يشكل صعوبة مالية بالنسبة لك، فيرجى 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 أو مركز شيشاير الطبي (Cheshire Medical Center) أو مستشفى أليس بيك داي ميموريال (Alice Peck Day Memorial Hospital). يُرجى إجابة جميع الأسئلة التي تنطبق عليك أو على أسرته. تتمتع أي معلومات تقدمها بالسرية، ولا يراجعها إلا الفريق المسؤول عن التعامل مع طلبك.

إذا كنت تتمتع بتأمين، فربما تكون أيضاً مستحقاً 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نسخة كاملة من إقرار الضريبة على الدخل الفيدرالي وجميع القوائم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. نسخ من أحدث نماذج 2-W (نماذج الأجور والضرائب) بأكملها.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. نسخ من أحدث ثلاثة (3) كعوب لشيكات الرواتب أو بيان من صاحب العمل (أصحاب العمل)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. نسخ من بيانات البطالة وإعانات التعويض عن الإعاقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. نسخ من بيانات إعانات الضمان الاجتماعي و/أو معاش التقاعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. نسخ من قسائم التغذية المخصصة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. نسخ من بيانات مصادر أرباح الأسهم، والصناديق الاستثمارية والضرائب العقارية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. نسخ من إخطارات المساعدات الحكومية؛
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إخطارات وزارة الصحة والخدمات البشرية (جميع الصفحات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خطابات برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود - ميديكيد (Medicaid) لتقليل الإنفاق، ونسخ من إخطارات الرفض من برنامج ميديكيد (Medicaid)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إخطارات من خطة أو خطط المساعدة الأساسية (Premium Assistance Plan) وبرنامج تأمين السوق (Marketplace Insurance)

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

مركز دارتموث هتشوك الطبي Dartmouth-Hitchcock (Medical Center) One Medical Center Drive 03756 Lebanon, NH الرقم المحلي: (603) 650-	دارتموث - هتشوك Dartmouth-Hitchcock (Hitchcock Medical Center) Keene Court Street 590-580 03431 Keene, NH الرقم المحلي: (603) 354-	دارتموث - هتشوك Dartmouth-Hitchcock (Hitchcock Nashua) Southwood 2300 Drive 03063 Nashua, NH 4055-577 (603)	دارتموث - هتشوك مانشستر Dartmouth-Hitchcock (Manchester) Hitchcock Way 100 Manchester, NH 03104 2692-695 (603)	دارتموث - هتشوك Dartmouth-Hitchcock (Hitchcock Concord) Pleasant Street 253 03301 Concord, NH 5080-229 (603)	مستشفى أليس بيك داي ميموريال (Memorial Hospital) Alice Peck Day Dr. 10 03766 Lebanon, NH 9579-443 (603)
---	--	--	---	---	--

سوف تظل مسؤولاً مالياً عن أي خدمات تتلقاها حتى استلام طلبك الذي قيمت باستيفائه. في حال عدم تلقيك رداً منا بعد 30 يوماً 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 9:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً، أيام من الإثنين إلى الجمعة.

يجب إعادة إرسال الطلبات بعد استيفائها إلى العنوان أدناه.

مركز دارتموث هتشوك الطبي (Dartmouth-Hitchcock Medical Center) One Medical Center Dr	Dartmouth-Hitchcock/Cheshire Court St 590-580 الخدمات المالية مسبقاً السداد (PFS): طلب المساعدة المالية	مستشفى أليس بيك داي ميموريال (Alice Peck Day Memorial Hospital) Alice Peck Day Drive FAA 10
--	---	--



03756 Lebanon, NH
فاكس: (603) 6142-650

04431 Keene, NH
فاكس: (603) 6596-354



السداد (PFS): المستوى 3 طلب المساعدة المالية (FAA)
03766 Lebanon, NH
فاكس: (603) 5135-442

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	
هاتف المنزل	هاتف العمل	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> منقصل <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> مقيم في نيوهامبتشير <input type="checkbox"/> الإقتران المدني		

2. الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	صلة القرابة بالمريض	رقم الضمان الاجتماعي
العنوان إذا كان مختلفاً عن عنوان المريض	هاتف المنزل	هاتف العمل	تاريخ بدء السريان	

**يرجى ذكر جميع المقيمين في منزل الأسرة بمن فيهم مقدم الطلب: يمكن استخدام ورقة أخرى عند الحاجة

الاسم	صلة القرابة بالمريض	تاريخ الميلاد	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. يرجى استيفاء هذا القسم إذا كان أي من أفراد الأسرة لديه تأمين: التأمين الصحي (الخطة/الاسم) _____، حساب الإيداع الصحي (جماعي) - نعم لا من: _____ رقم # السياسة: _____ 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: _____

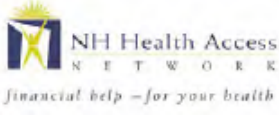
6. هل قدم أي من أفراد أسرتك طلباً إلى برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل والموارد المحدودة - برنامج ميديكيد (Medicaid)؟ نعم لا من: _____ إذا كانت الإجابة نعم وتم رفض الطلب، يرجى تقديم نسخة من إخطار رفض الإضافة إلى برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل والموارد المحدودة - برنامج ميديكيد (Medicaid).

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 مؤخراً دعوى تعويض عامل أو حادث سيارة؟ نعم لا التاريخ: _____



Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
عناية: الخدمات السياسية مسبقة السداد (PFS) - طلب المساعدة المالية
(FAA)
03431 Court St., Keene, NH 580
مستشفى أليس بيك داي ميموريال (Alice Peck Day Memorial)
(Hospital)
عناية: طلب المساعدة المالية
03766 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 10

 Dartmouth-Hitchcock Health
عناية: الخدمات المالية مسبقة السداد (PFS) - المستوى 3 - طلب المساعدة المالية
(FAA)
03756 One Medical Center Dr., Lebanon, NH

طلب المساعدة المالية

11. هل هناك أي من أفراد أسرتك مستحق لإعانات الضمان الاجتماعي؟ نعم لا
12. هل هناك شخص آخر يطالبك في إقراره الضريبي الخاص بضريبة الدخل؟ نعم لا

من: _____

من: _____

13. معلومات الأسرة المعيشية **الشخص 1** **الشخص 2** **الشخص 3**

*اسم كل فرد من أفراد الأسرة:

اسم صاحب العمل:

إجمالي الدخل الشهري من:

العمل:

العمل الحر:

حسابات الاستثمار:

إيجارات العقارات:

البطالة: (عاطل منذ (/ /)

التقاعد:

(الضمان الاجتماعي، معاش التقاعد، الدخل السنوي)

نفقة/رعاية طفل:

مساعدة عامة، قسائم غذاء:

مصدر دخل آخر:

مدخرات واستثمارات:

أرصدة حساب جار

أرصدة حساب توفير وشهادات ايداع

حسابات التقاعد الفردية (IRAs)، وحسابات خطة التقاعد

(B403)، وحسابات خطة التقاعد (K401)

حدد:

مدخرات واستثمارات أخرى:

حدد:

غير ذلك:

سيارة: السنة، الماركة، الطراز؟

مركبة ترفيهية: السنة، الماركة، الطراز؟

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 تُسدد إلى: نظير:

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

المرافق	دولار	التأمين (على السيارة/الحياة/العقار)	دولار	غير ذلك:	دولار
النفقة الزوجية/ نفقة	دولار	قسط التأمين الصحي:	دولار	غير ذلك:	دولار
الأطفال					
رعاية الأطفال	دولار	فواتير الرعاية الصحية	دولار	غير ذلك:	دولار
الإعاشة (غاز، غذاء، ملابس)	دولار	الأدوية	دولار	غير ذلك:	دولار

15. التنازل عن الحقوق بقرراً بعناية

أوافق، بموجب توقيعي أدناه، على طلب تقرير الائتمان و / أو الإقرار الضريبي الخاص بي. وأتفهم أن الإقرار 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 خيرياً 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 تقديم 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 استحقاق المساعدة، بما في ذلك أي تغييرات في حجم الأسرة

ومستوى الدخل وتغطية التأمين الصحي. كما أفهم أنه في حالة تغير حالي/حالتنا الطبية بما يجعلني/يجعلنا مؤهلين لأحد برامج المساعدة العامة، فإن علي التقدم إلى هذا البرنامج وتقديم إثبات بتقديمي إليه.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع المشارك في تقديم الطلب

التاريخ