

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

سوف نظل 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 هتشوك الطبي (Dartmouth-Hitchcock Medical Center) One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 فاكس: 650-6142 (603)	مستشفى نيو لندن ص.ب رقم: 2150 عناية: مستشار مالي New London, NH 03257 فاكس: 526-5085 (603)	مركز شيشاير الطبي 580 Court Street الخدمات المالية مسبقة السداد (PFS): طلب المساعدة المالية Keene, NH 03431 فاكس: 354-6533 (603)	مستشفى وأمرکز صحة ماونت أسكوتني (Mt. Ascutney Hospital and Health Center) عناية: المستشار المالي 298 County Road Windsor, VT 05089	مستشفى أليس بيك داي ميموريال 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 فاكس: 650-6142 (603)
---	--	---	--	---

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 Lebanon, NH 03756 650-6222 (603)	مركز دارتموث هتشوك الطبي مانشستر الطبي 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 629-8293 (603)	مركز شيشاير الطبي 580 Court Street Keene, NH 03431 354-5430 (603)	مستشفى نيو لندن 273 County Road New London, NH 03257 526-5082 (603)
مركز دارتموث هتشوك الطبي كوتكورد 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 229-5080 (603)	مركز دارتموث هتشوك الطبي ناشوا 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 577-4055 (603)	مستشفى أليس بيك داي ميموريال 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 308-0007 (603)	مستشفى وأمرکز صحة ماونت أسكوتني 298 County Road Windsor, VT 05089 674-7233 (802)

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	
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	☐ أعزب ☐ منفصل ☐ مواطن أمريكي	☐ متزوج ☐ مطلق ☐ مقيم في نيوهامبشير	☐ الاقتران المدني ☐ أرمل

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، فأي 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 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:		
التقاعد:		
(الضمان الاجتماعي، معاش التقاعد، الدخل السنوي)		
النفقة الزوجية/ نفقة الأطفال:		
مساعدة عامة، قسائم غذاء:		
مصدر دخل آخر:		
مدخرات واستثمارات:		
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 مديكير (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 قواطر 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 الإقرار الضريبي الخاص بي. وأنفهم 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 خيريًا على تكاليف الرعاية ستكون ملغاة وباطلة ويسري ذلك بأثر رجعي حتى تاريخ استحقاق سداد الفواتير. كما أنني قد أنحمل 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 استحقاقني المساعدة، بما في ذلك أي تغييرات في حجم الأسرة ومستوى الدخل وتغطية التأمين الصحي. كما أنفهم 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 _____