

السيد مقدم الطلب:

يُرجى تعبئة هذا الطلب إذا كان من الصعب عليك دفع تكاليف الرعاية الصحية خاصتك.

يساعدنا هذا الطلب في تحديد ما إذا كان بإمكاننا خفض تكاليف الرعاية الصحية خاصتك مقابل الخدمات المقدمة في منشآت مؤسسة Dartmouth Health. يُرجى الإجابة عن جميع الأسئلة المتعلقة بك وبأسرتك. تأكد من أننا نحافظ على سرية معلوماتك. تأكد من أنه لن تتم مشاركتها إلا مع الموظفين المختصين بمعالجة طلبك.

إذا كان دخلك ووضعت كمهاجر يؤهلك للاستفادة من برنامج Medicaid، فسيتم عليك تقديم طلب للانضمام. بإمكاننا مساعدتك في القيام بذلك. إذا تعرضت لحادث، فسيتم عليك استنفاد مصادر الدفع الأخرى، مثل مسؤولية الطرف الثالث.

نحتاج إلى إثبات دخلك وأصولك السائلة للتحقق من مدى استحقاقك للمساعدة المالية. يُرجى تقديم المستندات التالية:

المستندات المطلوبة

- **إثبات الدخل:** نسخة كاملة من أحدث إقرار فيدرالي للضريبة على الدخل، بما في ذلك جميع الجداول والنماذج المرفقة به (مثل نموذج 1040 ونموذج 1099 وغيرهم). ملاحظة: إذا كنت لا تقدم إقرارك الضريبي أو إذا لم يعكس هذا الإقرار دخلك الحالي، فيُرجى الاطلاع على خيارات المستندات البديلة أدناه.
- **الأصول السائلة:** نسخة من أحدث كشفين للحسابات المصرفية أو الحسابات المالية الأخرى (مثل حسابات التوفير، والحسابات الجارية، وحسابات سوق المال، وغيرها) وذلك لكل حساب يمتلكه الشخص المتقدم بالطلب.

مستندات الدخل البديلة

- **إذا كنت تعمل لدى إحدى الجهات:** نسخ من آخر قسيتين للراتب من جميع جهات العمل لكل شخص يتقدم بطلب المساعدة المالية. في حال عدم توفرها، يرجى تقديم إفادة خطية من جهة العمل تتضمن بيانات الدخل.
- **في حال كنت عاطلاً عن العمل:** نسخة من بيان إعانات البطالة إن وجدت (مثل شيك، أو كشف الحساب البنكي، أو مستند إلكتروني، إلخ).
- **في حالة العمل الحر:** كشف الأرباح والخسائر عن آخر ثلاثة أشهر.
- **إذا كنت تمتلك عقاراً مؤجراً:** إثبات الدخل من الإيجار – نسخة من نموذج الجدول E الحالي الصادر عن مصلحة الضرائب الأمريكية.
- **إذا كنت تتلقى إعانات الضمان الاجتماعي لنزوي الإعاقة:** نسخة من بيان استحقاقات تعويض العجز / خطاب منح التعويض أو الشيك، أو كشف الحساب البنكي، أو مستند إلكتروني، إلخ.
- **إذا كنت تتلقى استحقاق الضمان الاجتماعي، أو المعاش التقاعدي، أو دخلاً من التقاعد:** نسخة من خطاب منح الاستحقاق، أو قسيمة الشيك، أو كشف الحساب البنكي، أو غير ذلك. ملحوظة: لا يلزم تقديم مستندات إثبات دخل الضمان التكميلي.
- **الأنواع الأخرى من الدخل:** إذا كنت تتلقى دخلاً من مصدر آخر غير مدرج هنا، فيُرجى الاتصال بمستشاري المرضى لدينا على الرقم 844-647-6436 لتحديد المستندات المطلوبة.

سوف تظل مسؤولاً مالياً عن أي خدمات تتلقاها حتى استلام طلبك الذي قمت باستيفائه. في حال عدم تلقيك ردًا منا خلال 30 يومًا من تاريخ إعادة إرسال طلبك، أو في حال احتجت إلى المساعدة في استيفاء الطلب، يُرجى الاتصال بأحد مستشاري المرضى على الرقم 844-647-6436. ساعات العمل من 9 صباحًا إلى 4:30 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة.

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

يجب إعادة إرسال الطلبات بعد استيفائها إلى العنوان أدناه:

**Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
603-640-1913 الفاكس:**

**New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
603-526-5503**

**مستشفى
Ascutney Hospital
and Health Center
298 County Road
Windsor, VT 05089
802-674-7233**

**Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947**

**Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055**

**مركز شيشاير الطبي
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430**

**مستشفى أليس بيك داي ميموريال
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007**

**Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
603-650-6222**

**عيادة دارتموث هتشكوك كونكورد
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080**

**Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293**

طلب الحصول على المساعدة المالية

1. بيانات المريض

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	تاريخ الميلاد
العنوان بالكامل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
عنوان البريد (إذا كان مختلفًا عن العنوان أعلاه)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	متزوج ☐	زواج مدني ☐	منفصل ☐
أعزب ☐	مطلق ☐	أرمل ☐		

2. يُرجى ذكر جميع المعالين الذين يعيشون ضمن نفس الأسرة الخاضعة للضريبة.

(يُعرّف مصطلح "الأُسرة" بأنه ما يشمل الشخص نفسه، والزوج/الزوجة/الشريك المنزلي، وجميع المعالين المدرجين في الإقرار الضريبي.)

الاسم	صلة القرابة بالمريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	هل يطلب المساعدة المالية؟ نعم/لا
1	صاحب الطلب نفسه			
2				
3				
4				
5				
6				

3. هل هذا الطلب مقدم عن خدمة لاحقة أم سابقة؟ ☐ تواريخ ☐ الخدمات المستقبلية أو السابقة: _____

4. يُرجى استيفاء بيانات هذا القسم إذا كان أي من أفراد الأسرة المدرجين بالإقرار الضريبي لديه تأمين:

التأمين الصحي (الخطة/الاسم) _____ حساب التوفير الصحي ☐ نعم ☐ لا اسم المؤمن عليه: _____

رقم السياسة _____ المبلغ المقتطع: _____

الجزء (أ) _____، من برنامج الرعاية الصحية الأمريكي ميديكير (Medicare)، الجزء (ب) _____، يتلقى مساعدة لاسداد برنامج الرعاية الصحية الأمريكي ميديكير (Medicare)، الجزء (ب) _____، اسم متلقي المساعدة: _____

5. هل تقدم أي من أفراد أسرتك المدرجين في الإقرار الضريبي بطلب للانضمام إلى برنامج المساعدة الطبية لذوي الدخل والموارد المحدودة - برنامج ميديكيد (Medicaid)؟ ☐ نعم ☐ لا اسم مقدم الطلب: _____

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" وتم رفض الطلب، يُرجى تقديم نسخة من إخطار رفض الإضافة إلى برنامج ميديكيد (Medicaid).

6. هل توجد أي امرأة حامل ضمن أفراد أسرتك المدرجين بالإقرار؟ ☐ نعم ☐ لا

7. هل سبق لأي شخص ضمن أفراد أسرتك المدرجين بالإقرار أن خدم في القوات المسلحة؟ ☐ نعم ☐ لا اسم مقدم الطلب: _____

8. هل رفعت مؤخرًا دعوى تعويض عن إصابة عمل أو مطالبة ناشئة عن حادث مركبة؟ ☐ نعم ☐ لا التاريخ: _____

9. هل هناك أي من أفراد أسرتك المدرجين بالإقرار مستحق لإعانات الضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا اسم مقدم الطلب: _____

10. هل هناك شخص آخر يطالبك في إقراره الضريبي الخاص بضريبة الدخل؟ ☐ نعم ☐ لا اسم مقدم الطلب: _____

11. معلومات عن الدخل/الأصول السائلة للأسرة المدرجة بالإقرار

الشخص الأول:	الشخص الثاني:	الشخص الثالث:
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:		
(من التسويات التي تمت قبل عام 2019)		
المدخرات والأصول السائلة:		
أرصدة حساب جار:		
أرصدة حساب توفير وشهادات إيداع:		
مدخرات واستثمارات سائلة أخرى:		
حدد:		

معلومات إضافية

يُرجى تضمين أي معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي التي تود أن نعرفها، مثل صعوبة سداد الفواتير أو الإيجار أو تكاليف الطعام.

يتوقعي أدناه، أصرّح بتقديم إقراري الضريبي. 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 أو تقديمي معلومات غير دقيقة حول أي من مصادر الدخل أو الأصول السائلة، فإن أي موافقة على منحي خصماً خيرياً على تكاليف الرعاية ستكون ملغاة وباطلة ويسري ذلك بآثر رجعي اعتباراً من تاريخ استحقاق سداد الفواتير. كما أنني قد أتحمل 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 أتفهم أنه في حال طرأ تغيير على حالتي/حالتي الطبية بما قد يجعلني/يجعلنا مؤهلين للاستفادة من أحد برامج المساعدة العامة، فقد يتوجب علي التقدم للانضمام إلى هذا البرنامج وتقديم ما يثبت تقديمي بهذا الطلب.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع المشارك في تقديم الطلب

التاريخ