

كيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية

تعليمات لإكمال طلبك

بموجب القانون، يجب على جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والعائلات الذين يستوفون متطلبات معينة. قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو دفع مبالغ أقل مقابل الحصول على خدمات معينة بناءً على عدد أفراد أسرتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية لدينا، يرجى الدخول إلى ohsu.edu/financial-assistance.

ما الذي تغطيه المساعدة المالية

- ليست جميع الخدمات مؤهلة. لذلك ستحتاج إلى التأكد من تغطية الخدمة قبل الحصول عليها. للحصول على قائمة بالخدمات التي لا نغطيها، راجع سياسة المساعدة المالية لدينا على الرابط الإلكتروني ohsu.edu/financial-assistance.
- في حالة الموافقة على حصولك على مساعدة مالية، فهذا لا يضمن حصولك على الخدمات.
- في حالة تأهلك لبرنامج Medicaid أو برامج أخرى فإننا نحتك على تقديم طلبك. فقد تكون لدى برنامج Medicaid أو البرامج الأخرى مخصصات ومزايا إضافية.

خطوات لإكمال نموذج الطلب

- 1 استكمل المعلومات الخاصة بك وبأسرتك.
 - لا تحتاج إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك.
 - الأسرة عبارة عن شخص أعزب أو زوجين أو شريك منزلي مسجل (حتى لو لم يكونوا مدرجين في إقرارك الضريبي)، بالإضافة إلى أي مُعالين تقوم بإضافتهم في إقرارك الضريبي. يعتبر الطفل الذي يقل عمره عن 18 مُعَالاً. أمثلة على الأسر هي:
 - المتزوجون زواجاً قانونياً (أو شركاء السكن) الذين يعيشون معاً، مع أطفالهم المعالين الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً، وأي شخص آخر يعيش داخل أو خارج المنزل، يذكره الزوجان في إقراراتهم الضريبية.
 - الأزواج غير المتزوجين الذين لديهم طفل أو أكثر معهم، إذا كان الطفل هو المريض.
 - الأجانب الخاضعون للرعاية وكفيلهم وعائلة الكفيل.
- 2 أكمل معلومات عن الدخل الإجمالي لعائلتك (الدخل قبل تطبيق الضرائب والخصومات).
- 3 اذكر وقدم إثباتاً بالأصول لمساعدتنا في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للانضمام إلى برنامج Medicaid.
- 4 أرفق جميع المعلومات الأخرى التي طلبناها.
- 5 قم بتوقيع وتاريخ نموذج المساعدة المالية.



للحصول على مساعدة في إكمال الطلب، اتصل بالرقم 503-494-8551، من الإثنين إلى الجمعة، 9 a.m-4:30 p.m.

المستندات المراد تضمينها مع النموذج



- يرجى إرسال أحدث نسخ من جميع المستندات أدناه التي تنطبق عليك. لن نتمكن من إعادة إرسال الوثائق الأصلية.
- ☐ إثبات بمحل الإقامة. يُرجى تقديم واحد مما يلي: فاتورة مرافق باسمك أو اتفاقية تأجير أو بيان رهن عقاري لمقر إقامتك أو نسخة من رخصة القيادة الخاصة بك أو بطاقة الهوية. قد نطلب إثباتاً إضافياً على محل الإقامة. يجب أن تكون مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية دون أي خطط لمغادرة البلاد.
 - ☐ كعوب شيكات الأجر لأحدث 3 أشهر تقويمية كاملة. إذا لم يكن لديك كعوب شيكات الأجر الخاصة بك، فيمكنك بدلاً من ذلك أن تقدم لنا خطاباً من جهة العمل يذكر ذلك الإجمالي خلال آخر 3 أشهر تقويمية كاملة. يُحتسب الدخل في الشهر الذي تم استلامه فيه (تاريخ الدفع) وليس في الشهر الذي تم اكتسابه فيه.
 - ☐ إقرارات ضريبة الدخل التي تم تقديمها خلال أحدث عام، بما في ذلك أي جداول (مثل الجدول C لدخل العمل الحر).
 - ☐ الضمان الاجتماعي، أو معاش قدامى المحاربين، أو خطاب منحة المعاش أو ما يعادلها.
 - ☐ قرار المطالبات من قسم التوظيف بالولاية.
 - ☐ بيان إعالة الطفل و/أو الإعالة الزوجية.
 - ☐ ورقة عمل دخل العمل الحر أو بيان الربح والخسارة بيان عن الأشهر التقويمية الثلاثة (3) الأخيرة كاملة.
 - ☐ مستندات التحقق الخاصة بأي مصدر دخل آخر مدرج في الطلب الخاص بك، بما في ذلك الدخل من فوائد أو توزيعات أرباح الأسهم، أو أي مصدر دخل متكرر آخر.
 - ☐ بيانات المصرف أو الاتحاد الائتماني للحسابات الجارية وحسابات التوفير.
 - ☐ الإيداع النقدي (CD) أو الأسهم أو السندات أو بيانات حساب الاستثمار.

تسليم النموذج

- سنخبرك إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية في غضون 3 أسابيع بعد استلامنا للطلب والمستندات المكتملة.
- ستظل تحصل على الفواتير أثناء قيامنا بمراجعة طلبك.



للتسليم شخصياً: يرجى الاتصال بالرقم 503-494-8551 لتحديد الموقع الأقرب إليك.	البريد: Oregon Health & Science University Patient Financial Services, RPB07 3181 SW Sam Jackson Park Road Portland, OR 97239-3098 رقم الفاكس: 503-418-2377 البريد الإلكتروني: sfr@ohsu.edu
---	---

نموذج طلب المساعدة المالية

يرجى إكمال جميع المعلومات بالكامل. إذا لم ينطبق، فاكتمب "لا ينطبق". أرفق أوراقاً إضافية، عند اللزوم.

معلومات الفحص

هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اللغة المفضلة لديك:
هل تقدم المريض بطلب للحصول على مخصصات Medicaid؟ ☐ نعم ☐ لا
هل يتلقى المريض خدمات عامة تابعة للولاية مثل TANF أو Basic Food أو WIC؟ ☐ نعم ☐ لا
هل المريض بلا مأوى حالياً؟ ☐ نعم ☐ لا
هل الرعاية الطبية للمريض مرتبطة بالتعرض لحادث سيارة أو إصابة عمل؟ ☐ نعم ☐ لا
ما المنشأة التي يطلب المريض المساعدة المالية منها؟ ☐ OHSU ☐ Hillsboro Medical Center

يرجى ملاحظة

- لا يمكننا أن نضمن أنك مؤهل للحصول على مساعدة مالية، حتى لو تقدمت بطلب.
- بمجرد إرسال طلبك، قد نقوم بفحص جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثباتات الدخل.
- في غضون 21 يوماً تقويمياً بعد استلامنا لطلبك ومستنداتك المكتملة، سنخطر إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة.

معلومات المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	اسم عائلة المريض
☐ ذكر ☐ أنثى ☐ أخرى (يرجى التحديد)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي (متضمنًا العنوان الفعلي إذا كان مختلفًا)	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسية () () عنوان البريد الإلكتروني:	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	☐ يعمل (تاريخ التوظيف:) ☐ عاطل عن العمل (مدة البطالة:) ☐ متقاعد ☐ معاق ☐ طالب ☐ أعمل عملاً حرًا ☐ أخرى ()	

معلومات عن الأسرة

اذكر عدد أفراد الأسرة الذين تتحمل مسؤولية الإنفاق عليهم، مع تضمين نفسك. يرجى الاطلاع على الإرشادات للحصول على التعريفات وأمثلة على أفراد الأسرة. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر					
عدد أفراد الأسرة					
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	اسم جهة العمل (جهات العمل) أو مصدر الدخل	إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل الضرائب):	تقدمت بطلب للحصول على المساعدة المالية أيضاً؟
					نعم/لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب الإفصاح عن الدخل المكتسب وغير المكتسب لجميع أفراد الأسرة البالغين. يرجى ذكر الدخل غير المكتسب لأي شخص في الأسرة عمره أقل من 18 عاماً.

تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:

- الأجور
- إعانة البطالة
- العمل الحر
- برامج الدراسة والعمل (الطلاب)
- إعانة الإعاقة - SSI
- تعويضات العمال
- توزيعات حساب التقاعد
- إعاقة الطفل/الإعاقة الزوجية
- أخرى (يرجى التوضيح)

معلومات الدخل

تنكر: يجب عليك تضمين إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل عائلتك. مطلوب التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الإفصاح عن دخلهم. يرجى تقديم إثبات على كل مصدر محدد للدخل. يرجى الاطلاع على ورقة الغلاف للحصول على قائمة كاملة بمتطلبات الدخل. وتشمل الأمثلة على إثبات الدخل:

- كعوب شيكات الأجر الحالية (لمدة 3 أشهر)؛ و
- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول، إذا كان ذلك ينطبق؛ و
- بيانات مكتوبة وموقعة من جهات العمل أو غيرهم؛ و
- موافقة/رفض الأهلية للحصول على مخصصات Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ و
- موافقة/رفض الأهلية للحصول على تعويض البطالة
- بيانات من المؤسسات المالية

إذا لم يكن لديك دخل، فيرجى إرفاق صفحة إضافية مع الشرح.

معلومات عن النفقات

اختياري. يمكن استخدامها في بعض المواقف للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.

نفقات الأسرة الشهرية: الإيجار/الرهن العقاري \$ النفقات الطبية \$ أقساط التأمين \$ المرافق \$ الديون/النفقات الأخرى \$ (عالة الطفل، القروض، الأدوية، غيرها)

معلومات الأصول

ستستخدم هذه المعلومات لغرض تحديد الأهلية لبعض برامج Medicaid. ولا تستخدم لاتخاذ قرارات بشأن المساعدة المالية.

هل تمتلك عائلتك أصولاً أخرى؟
يرجى تحديد كل ما ينطبق

☐ الأسهم ☐ السندات ☐ حساب (حسابات) التوفير الصحية ☐ الوديعة / الودائع الائتمانية ☐ ممتلكات (باستثناء محل الإقامة الأولية) ☐ تملك عملاً تجارياً

رصيد الحساب الجاري الحالي \$

رصيد حساب التوفير الحالي \$

معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي والذي تريد منا معرفته، مثل المصاعب المالية أو النفقات الطبية المفرطة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

موافقة المريض

أدرك أن OHSU Health قد تتحقق من المعلومات من خلال مراجعة معلومات الائتمان والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على مساعدة مالية أو للاستفادة من خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وحقيقية على حد علمي. أدرك أنه إذا كانت المعلومات المالية التي أعطيتها خاطئة، فقد تكون النتيجة الحرمان من المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن تكاليف الخدمات المقدمة ومن المتوقع أن أقوم بسدادها.

التاريخ

توقيع الشخص مقدم الطلب