



LOYOLA
MEDICINE

LOYOLA MEDICINE طلب الحصول على مساعدة مالية

شكرًا لاختياركم LOYOLA MEDICINE لتقديم خدمات الرعاية الصحية لكم. لمساعدتنا في تحديد ما إذا كنتم مؤهلين للحصول على مساعدة مالية، يُرجى استكمال الطلب وإعادته مع نسخ من المستندات المذكورة في الطلب.

- **هام:** قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة: إن تعبئة هذا الطلب ستساعد Loyola Medicine على تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة، أو الاستفادة من برامج عامة أخرى يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى تقديم الطلب إلى المستشفى.
- إذا كنت غير مؤمن، فإن رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. ومع ذلك، فإن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج العامة، بما في ذلك برنامج Medicaid. تقديم رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب، ولكنه سيساعد المستشفى في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة.
- يرجى إكمال الطلب وتقديمه إلى المستشفى شخصيًا، أو عبر البريد، أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس، للتقدم بطلب الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة خلال مئتين وأربعين (240) يومًا من تاريخ الخروج من المستشفى أو تلقي الرعاية الخارجية.
- يُقرّ المريض بأنه بذل جهدًا بحسن نية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى على تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية.
- **الأصول:** لا تأخذ Loyola Medicine الأصول بعين الاعتبار عند تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية في المستشفى. لا يُطلب منك الإفصاح عن الأصول كجزء من هذا الطلب.
- ملاحظة: إشعار الأهلية الافتراضية
- قد يتم تحديد أهلية المرضى للحصول على المساعدة المالية دون إكمال هذا الطلب، باستخدام أساليب الأهلية الافتراضية المسموح بها بموجب قانون ولاية إلينوي.

تَقْتَصِرُ مُسْتَنْدَاتُ إِثْبَاتِ الدَّخْلِ لِلْمَرِيضِ غَيْرِ الْمُؤْمَنِ عَلَيْهِ عَلَى وَاحِدٍ (1) فَقَطْ مِنَ الْمُسْتَنْدَاتِ التَّالِيَةِ:

(أ) ☐ نسخة من أحدث إقرار ضريبي مع المرفقات/الجدول ذات الصلة.

(ب) ☐ نسخة من أحدث نموذج W-2 ونماذج 1099.

□ (ج) نسخ من آخر كشفی راتب.

(د) □ إثبات خطي للدخل من جهة العمل إذا كان الدفع يتم نقداً.

(هـ) ☐ أي شكل معقول آخر من أشكال التحقق من الدخل من طرف ثالث تقبله المستشفى.

تَقَدَّمُوا مَا يَلِي، إِنْ أُمِكنَ

☐ [أحدث نموذج W-2 للدخل الموسمي] ☐ [إعانات البطالة/الضمان الاجتماعي] ☐ [دخل إعالة الطفل/النفقة]

☐ [لا يوجد دخل – يُرجى استكمال قسم "خطاب الدعم المالي" في الطلب]

معلومات المريض	
----------------	--

معلومات المريض	
----------------	--

[تاريخ الميلاد]	[اسم المريض]
-----------------	--------------

[رقم هاتف آخر]	[رقم الهاتف المحمول]	[رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف صاحب العمل (اختياري)]
----------------	----------------------	---

[الرمز البريدي]	[الولاية]	[المدينة]	[عنوان المراسلة]
-----------------	-----------	-----------	------------------

[في أي ولاية تقيمون؟]	[عنوان البريد الإلكتروني]
-----------------------	---------------------------

☐ [أخرى] _____
 ☐ [مطلق/مطلقة]
 ☐ [متزوج/متزوجة]
 ☐ [أعزب/عزباء]
 ☐ [الحالة الاجتماعية (اختياري)]

هل يمكن إدراجكم كمعالين في إقرار ضريبي لشخص آخر؟] ☐ [نعم] ☐ [لا]	هل تقدّمون إقرارًا ضريبيًا اتحاديًا؟] ☐ [نعم] ☐ [لا] [إذا كانت الإجابة لا، فما السبب؟]
--	---

هل كنتم أو كان مُعالوكم مشمولين بتغطية تأمين صحي وقت تقديم الخدمة؟ ☐ [نعم] ☐ [لا] ☐ [يرجى تقديم نسخة من بطاقة التأمين]]

[مُدرج في الإقرار الضريبي (نعم/لا)]	[صلة القرابة بالمريض]	[تاريخ الميلاد]	[أفراد الأسرة، بما في ذلك أنت، استنادًا إلى إقرار اترك الضريبية الأخيرة]
--	-----------------------	-----------------	---

[illegible]

[المصروفات الشهرية: يُرجى إدراج المصروفات الشهرية للأسرة]

☐ الإيجار أو القرض العقاري			☐ المرافق		
☐ الطعام			☐ نفقة الأطفال/النفقة المدفوعة		
☐ المواصلات			☐ قسط السيارة		
☐ رعاية الأطفال/رعاية المُعالين			☐ أخرى		
إجمالي المصروفات الشهرية: _____					
[إثبات الدخل لجميع أفراد الأسرة]					
[مصدر الدخل الشهري]	[من يتلقى هذا؟]	[إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)]	[مصدر الدخل الشهري]	[من يتلقى هذا؟]	[إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)]
[الضمان الاجتماعي/الإعاقَة]			[تعويضات العمال]		
[معاش تقاعدي]			[إعانة البطالة]		
[العمل الحر]			[نفقة الأطفال/النفقة]		
[المساعدة العامة]			[دخل إيجار الأراضي]		
[أخرى]					
[خطاب الدعم المالي - يجب أن يُستكمل فقط من قِبَل الشخص الذي يقدم الدعم]					
☐ أقدم أكثر من 50% من تكاليف معيشة المريض، ولكنني غير قادر على المساعدة في دفع الفواتير الطبية.					
☐ [بتوقيعي على هذا الخطاب، أقرّ بأنّ البيان أعلاه صحيح، وأنني لن أتحمّل بأيّ حال من الأحوال مسؤولية فواتير المريض. إذا كانت لديكم أي أسئلة، يُرجى التواصل معي على _____ (رقم الهاتف)]					
[اسم الشخص الذي يقدم الدعم]			صلة القرابة بالمريض		
[توقيع الشخص الذي يقدم الدعم]			[التاريخ]		

[التحقق من الدخل والهوية]

[أقرّ بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حدّ علمي. سأقدّم بطلب للحصول على أي مساعدة من الولاية أو الحكومة الفيدرالية أو المحلية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. أدرك أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق منها من قبل المستشفى، وأفوض المستشفى بالاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات الواردة في هذا الطلب. أدرك أنه إذا قدّمت معلومات غير صحيحة عمدًا في هذا الطلب، فسأكون غير مؤهل للحصول على المساعدة المالية، وقد يتم إلغاء أي مساعدة مالية مُنحت لي، وسأكون مسؤولاً عن سداد فاتورة المستشفى. أدرك أن المعلومات المقدّمة خاضعة للتحقق. سأكون مسؤولاً عن سداد أي خدمات تم تقديمها في الجهات التابعة لـ Trinity Health إذا تم تقديم المعلومات أعلاه بناءً على ادعاءات كاذبة.]

_____ [توقيع المريض]:
_____ [التاريخ]:

_____ [أو توقيع الوصي القانوني (إن وجد)]:
_____ [التاريخ]:

_____ [صلة القرابة بالمريض]:
_____ [التاريخ]:

[يرجى إرسال طلبكم عبر البريد إلى العنوان المذكور أعلاه، أو عبر الفاكس على الرقم 3350-871-312، و/أو تحميل المستندات عبر بوابة MyChart (بوابة المريض) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> إذا كانت لديكم أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 9382-404-866 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحاً حتى 5 مساءً بتوقيت الساحل الشرقي.]

يمكن الإبلاغ عن أي مخاوف أو شكاوى تتعلق بعملية طلب المساعدة المالية أو الخصم لغير المؤمن عليهم إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام لولاية إلينوي على الرقم 5145-305-877-1 أو عبر الرابط: <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>