

نموذج طلب الإعانة المالية من منظمة UNIVERSITY HOSPITALS

إذا كنت تعتقد أنك مؤهل للحصول على الإعانة المالية، فقم بإكمال نموذج الطلب هذا. يجب ملء نموذج الطلب بأكمله، بما في ذلك التوقيع، حتى يتم النظر فيه. لشرح أسئلة أو مخاوف فيما يتعلق بنموذج الطلب هذا، أو للحصول على مساعدة في إكماله، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 844-8299 (216) أو 859-5906 (800) أو زيارتنا في أي منشأة تابعة لمنظمة UH.

اسم المريض: _____ تاريخ ميلاد المريض: _____ تاريخ الخدمة: _____
العنوان: _____ الحالة الاجتماعية: _____ رقم الحساب: _____
المدينة: _____ رقم الهاتف: _____ المنشأة التي تم تلقي الخدمة بها: _____
الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هل كنت مقيمًا في ولاية أوهايو في تاريخ تلقيك الخدمة؟ نعم لا
هل لديك تأمين صحي يغطي هذه الخدمات؟ نعم لا
اسم شركة التأمين: _____ إذا كانت الإجابة بنعم، أدخل المعلومات أدناه وأرفق نسخة من بطاقة التأمين
رقم البوليصا _____ رقم المجموعة: _____
هل أنت مؤهل للحصول على التغطية التأمينية المحددة وفقًا لقانون COBRA؟ نعم لا
هل لديك مخصصات Medicaid؟ نعم لا
هل لديك اتفاق تعويض صحي حساب ادخار صحي حساب إنفاق مرن
إذا كانت الإجابة بنعم، أدخل رقم الفاتورة _____ وأرفق نسخة من بطاقة Medicaid

رجاءً قم بإدراج جميع أفراد الأسرة أدناه. قم بضم الوالدين والأزواج (بغض النظر عما إذا كانوا مقيمين في المنزل) والأطفال (الطبيعيين أو بالتبني) تحت سن 18 عامًا المقيمين في المنزل مع المريض. قم بضم نسخ من إثباتات الدخل مثل إيصالات الأجور أو قرارات الضمان الاجتماعي أو تعويضات العاملين أو الإقرارات الضريبية أو قم بالتواصل مع مستشار مالي تابع لمنظمة UH للمناقشة بشأن أدلة أخرى يمكن تقديمها لإثبات أهليتك.

أفراد عائلة المريض	العمر	علاقته بالمريض	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	الدخل لـ 3 أشهر قبل تاريخ تلقي الخدمة	الدخل لـ 12 شهرًا قبل تاريخ تلقي الخدمة
المريض -		المريض ذاته			
2.					
3.					
4.					
5.					

إذا قمت بالتسجيل أن دخلك 0.00 دولارًا أعلاه، يرجى تقديم تفسير مختصر عن كيفية استطاعتك (أو استطاعة المريض) الاستمرار من الناحية المالية خلال الفترة المطلوبة أعلاه.

لدي أيضًا فواتير من المناطق التابعة لمنظمة UH التالية: PORTAGE CONNEAUT GENEVA GEAUGA RH BEDFORD RH RICHMOND AHUJA CMC ST JOHN ELYRIA PARMA SAMARITAN UH MEDICAL GROUP

بتوقيعي أدناه، أقر على حد علمي وتقديري أن الإجابات في هذا النموذج صحيحة. أنا أدرك أنه من غير القانوني أن أقدم معلومات خاطئة بشكل متعمد للحصول على مخصصات الدعم الحكومية. كما أدرك أيضًا أن أطرافًا أخرى قد تعتمد على المعلومات التي أقدمها هنا. بموجب هذا النموذج، أنا أفوضهم بفعل ذلك.

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____
توقيع ممثل منظمة UH: X _____ التاريخ: _____

FOR OFFICE USE ONLY #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB MI

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

النفقات الطبية الضرورية المتكبدة في السنة الميلادية 2016

هذا النموذج مستخدم للتعرف على النفقات الطبية الضرورية النثرية للمساعدة على تحديد إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على حساب إعانة إضافي بموجب سياسة الإعانة المالية الخاصة بمنظمة UH.

قم بالإكمال فقط إذا كنت مريضاً مؤمناً عليه تسعى للحصول على إعانة أو إذا كنت غير مؤمن عليك ودخلك أكبر من 250% من توجيهات مستوى خط الفقر الفيدرالي

قم بإدراج جميع خدمات المستشفيات والأطباء والصيديات الذين أنت مدين لهم من تواريخ الخدمات خلال عام 2016. يرجى ملاحظة أن شرح التأمين للمخصصات يجب أن يُقدّم عن جميع النفقات.

<u>OFFICE USE ONLY</u>	<u>المستحق على المريض</u>	<u>تاريخ الخدمة</u>	<u>مقدم الخدمة</u>
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd	_____	_____	_____

إجمالي المستحقات على المريض هذه السنة الميلادية

لأسئلة حول كيفية إكمال نموذج الطلب هذا، اتصل بنا على الرقم 844-8299 (216) أو 859-5906 (800)

رجاءً قم بإرسال نموذج الطلب المكتمل الخاص بك إلى University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122