

UNIVERSITY HOSPITALS نموذج طلب الإعانة المالية من منظمة

إذا كنت تعتقد أنك قد تكون مؤهلاً للحصول على الإعانة المالية، فأكمل نموذج الطلب هذا. يجب ملء نموذج الطلب بأكمله، بما في ذلك التوقيع، حتى يتم النظر فيه.

لترح أسئلة أو مخاوف فيما يتعلق بنموذج الطلب هذا، أو للحصول على مساعدة في إكماله، يرجى الاتصال بنا على الرقم (866) 771-7266 أو زيارتنا في أي منشأة تابعة لمنظمة (University Hospitals) UH.

اسم المريض: _____ تاريخ ميلاد المريض: _____ تاريخ تلقي الخدمة: _____
العنوان: _____ الحالة الاجتماعية: _____ رقم الحساب: _____
المدينة: _____ رقم الهاتف: _____ منشأة تلقي الخدمة: _____
الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هل كنت مقيماً في ولاية أوهايو في تاريخ تلقي الخدمة هذا؟ نعم لا

هل لديك تأمين صحي يغطي هذه الخدمات؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل المعلومات أدناه وأرفق نسخة من بطاقة التأمين

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا _____ رقم المجموعة: _____

هل أنت مؤهل للحصول على مساعدات قانون تسوية الميزانية الجامع الموحد (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)؟ نعم لا

هل لديك مخصصات Medicaid؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل رقم الفاتورة _____ وأرفق نسخة من بطاقة Medicaid

هل لديك ترتيبات تعويض صحي حساب توفير صحي حساب إنفاق مرن

يُرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه. اذكر الوالدين والأزواج (سواء كانوا مقيمين في المنزل أم لا) والأطفال (البيولوجيين أو المتبنين) الأصغر من 18 عامًا المقيمين في المنزل مع المريض. قم بتضمين نسخ من إثباتات الدخل مثل كعوب شيكات الأجور أو قرارات الضمان الاجتماعي أو تعويضات العاملين أو الإقرارات الضريبية أو اتصل بمستشار مالي تابع لمنظمة UH لمناقشة أي أدلة أخرى يمكن تقديمها لإثبات الأهلية.

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

إذا أبلغت أعلاه أن الدخل 0.00 دولار، يرجى تقديم شرح موجز لكيفية تجاؤك (أنت أو المريض) لتلك الفترة المطلوبة أعلاه من الناحية المالية.

لدي أيضاً فواتير من المواقع التالية التابعة لمنظمة UH: CMC Cleveland Medical Center | AHUJA | GENEVA | GEAUGA | CONNEAUT | PORTAGE | ST JOHN | ELYRIA | PARMA | خدمات الرعاية المنزلية SAMARITAN | خدمات الأطباء في (UH) | UH Laboratory Services Foundation

بتوقيبي أدناه، أقر على حد علمي وتقديري أن الإجابات في نموذج الطلب هذا صحيحة. أدرك أن تقديم معلومات خاطئة عن علم للحصول على المخصصات الحكومية يخالف القانون. كما أدرك أيضاً أن أطرافاً أخرى قد تعتمد على المعلومات التي أقدمها هنا. وأفوض لهم القيام بذلك بموجب نموذج الطلب هذا.

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 M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

النفقات اللازمة طبيًا المتكبدة في العام التقويمي السابق

هذا النموذج مستخدم لمعرفة النفقات اللازمة طبيًا التي يتكبدها الشخص نفسه للمساعدة في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة إضافية للحساب بموجب سياسة الإعانة المالية في منظمة UH.

أكمل هذا فقط إذا كنت مريضاً لديه تأمين وتسعى للحصول على إعانة أو إذا لم يكن لديك تأمين وكان دخلك يزيد عن 250% من دليل مستوى الفقر الفيدرالي

أدرج جميع خدمات المستشفيات والأطباء والصيدليات التي تدين بمسؤولية مالية عنها من العام التقويمي السابق. يُرجى ملاحظة أنه يجب تقديم شرح للمخصصات من شركة التأمين عن جميع النفقات.

OFFICE USE ONLY	المستحق على المريض	تاريخ تلقي الخدمة	مقدم الخدمة
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 <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"/>			

إجمالي المستحقات على المريض لهذا العام التقويمي

هل لديك أسئلة عن كيفية إكمال نموذج الطلب هذا؟ اتصل بنا على الرقم 771-7266 (866)

يُرجى تقديم نموذج طلبك المكتمل إلى University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road Shaker Heights, OH 44122

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED Date Completed: _____