

Community Hospital of San Bernardino

تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على المساعدة المالية في إحدى منشآت *CommonSpirit Health*.

تقدم CommonSpirit Health مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات معينة للدخل. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة التكلفة بناءً على حجم أسرته ودخله، حتى إذا كان لديك تأمين صحي. تقدم المساعدة للمرضى الذين يقل دخل أسرته عن 500% من التوجيهات الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر. ويمكن العثور على التوجيهات الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر على <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

ما الأمور التي تغطيها المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية من المستشفى خدمات المستشفى المناسبة التي تقدمها *CommonSpirit Health* بناءً على مدى أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأخرى.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج إلى المساعدة في إكمال هذا الطلب: يمكنك الحصول على المساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية من خلال: 806-1304 (909)

من أجل معالجة طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات حول أسرته
- تزويدنا بمعلومات حول الدخل الشهري الإجمالي لأسرته (الدخل قبل خصم الضرائب والاقطاعات)
- تقديم الوثائق لإثبات دخل الأسرة الأمر
- تقديم الوثائق لإثبات أصول الأسرة وتاريخه
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم
- توقيع النموذج

ملاحظة: لست مضطراً إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي لطلب الحصول على المساعدة المالية. لكن إذا زدتنا برقم ضمانك الاجتماعي، فسيساعد ذلك في تسريع معالجة طلبك. تستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يرجى تحديد "لا ينطبق" أو "NA".

أرسل الطلب المكتمل مع جميع الوثائق عبر البريد أو الفاكس إلى: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr., San Bernardino, CA 92412، الفاكس: 909-887-4164. وتأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive , San Bernardino, CA
لتقديم طلبك المكتمل بصورة شخصية: 92411

سنخطر بالقرار النهائي بشأن الأهلية وحقوق الالتماس، إن أمكن، في غضون 30 يوماً تقويمياً من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق إثبات الدخل.

بتقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بالاستعلامات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

تتمنا مساعدتك. يُرجى إرسال طلبك على الفور!

يمكن أن تتلقى فواتير إلى أن نتلقى معلوماتك.

Community Hospital of San Bernardino

نموذج طلب المساعدة المالية - سرّي

يُرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. وإذا كان الأمر لا ينطبق، فاكتب " لا ينطبق ". يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اللغة المفضلة:
هل تقدم المريض بطلب للاشتراك في برنامج Medicaid؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	قد يلزم تقديم طلب قبل النظر في طلب الحصول على المساعدة المالية
هل يتلقى المريض خدمات عامة من الولاية، مثل قسائم الطعام أو مخصصات برنامج التغذية التكميلي للنساء والرضع والأطفال (WIC)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	
هل المريض بلا مأوى حاليًا؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	
هل الرعاية الطبية للمريض تتعلق بحادث سيارة أو إصابة عمل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	
قائمة بمستشفيات Dignity Health أو CommonSpirit Health التي تلقيت علاجك فيها:			

يُرجى الملاحظة

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت طلبًا.
- بمجرد إرسال طلبك، قد نتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.

معلومات عن المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
تاريخ الميلاد	أرقام حسابات المريض:	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري*)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد
رقم (أرقام) التواصل الرئيسي	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)	
العنوان البريدي	رقم (أرقام) التواصل الرئيسي	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
—	—	—

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة

□ موظف (تاريخ التعيين: _____) □ عاطل عن العمل (فترة البطالة _____) (_____)
 □ يعمل لحسابه □ طالب □ معاق □ متقاعد □ غير ذلك (_____)

معلومات عن الأسرة

اذكر أفراد الأسرة في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "أسرة" المريض:

- للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر - الزوج/الزوجة، والشريك المنزلي، والأطفال المعالين الأصغر من 21 عامًا، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا.
- للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا - أحد الوالدين، والأقارب القائمون على الرعاية، والأطفال الآخرين الأصغر من 21 عامًا للوالد أو القريب القائم على الرعاية.

أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

حجم الأسرة _____

هل يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضًا؟	إذا كان العمر 18 عامًا فأكثر: الي الدخل الشهري الكلي (قبل خصم الضرائب):	إذا كان العمر 18 عامًا فأكثر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	الاسم
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					
نعم / لا					

يجب الإفصاح عن دخل جميع الأفراد البالغين في الأسرة. تشمل مصادر الدخل ما يلي، على سبيل المثال:

- الأجر - مخصصات البطالة - العمل الحر - تعويضات العمال - مخصصات الإعاقة - دخل الضمان التكميلي (SSI) -
- إعالة الطفل/النفقة الزوجية - برامج الدراسة والعمل (للطلاب) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد
- غير ذلك (يُرجى التحديد _____)

معلومات عن الدخل

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا فأكثر الإفصاح عن دخلهم. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر دخل محدد.

تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- أحدث الإقرارات الضريبية بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيان الاقتطاع "W-2"؛ أو
- كعوب الرواتب الحديثة (6 أشهر)؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ و
- الموافقة على/رفض أهلية الحصول على مخصصات Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ أو
- الموافقة على/رفض أهلية الحصول على تعويض البطالة.

إذا لم يكن لديك إثبات للدخل أو لم يكن لديك دخل، يُرجى إرفاق صفحة إضافية مع بيان موقع يشرح كيفية دعمك لنفقات المعيشة الأساسية (مثل السكن والطعام والمرافق).

معلومات عن الأصول

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الأصول مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة. يلزم التحقق من الأصول لتحديد المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا فأكثر الإفصاح عن مواردهم المالية المتاحة. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر محدد من مصادر الأصول. تتضمن أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- البيانات المصرفية الحديثة (تظهر آخر 3 أشهر)
- الحساب (الحسابات) الجاري
- حساب (حسابات) التوفير
- الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات
- الصناديق الائتمانية
- حساب (حسابات) سوق المال
- صناديق الاستثمار المشترك
- صناديق الاستثمار الأخرى التي لن تتعرض لغرامة في حالة سحب الأموال.

المعلومات الإضافية

يُرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى تود أن نعرفها بشأن وضعك المالي الحالي، مثل الضيق المالي أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

اتفاقية المريض

أدرك أن CommonSpirit Health يمكن أن تتحقق من المعلومات من خلال مراجعة المعلومات الائتمانية والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية أو خطط الدفع.

- أشهد أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة إلى حد علمي.
- سأقدم بشكل مستقل أو بمساعدة موظفي المستشفى للحصول على أي مساعدة وجميع المساعدات التي قد تكون متاحة من خلال المصادر الفيدرالية والخاصة والحكومية المحلية ومصادر الولاية للمساعدة في دفع فاتورة الرعاية الصحية هذه.
- أدرك أنه إذا لم أتعاون مع CommonSpirit Health في تقديم المعلومات المطلوبة، فقد يرفض طلبي.
- أدرك أن المعلومات التي أرسلتها تخضع للتحقق من جانب CommonSpirit Health، بما في ذلك وكالات تقارير الائتمان، وتخضع لمراجعة الوكالات الفيدرالية و/أو وكالات الولاية وغيرها حسبما يلزم.
- أدرك أنه يمكن طلب معلومات إضافية من أجل التأهل للحصول على المساعدة.

إذا تلقيت مدفوعات من شركة تأمين أو خطة لتعويضات العمال أو أي جهة خارجية أخرى، فإنك توافق على إبلاغ المستشفى بأي من هذه المدفوعات. وستحتفظ المستشفى بحقها في تحصيل الرسوم الأصلية المفروضة كاملة في الفواتير إذا تلقيت مدفوعات من جهة خارجية لسداد تكاليف خدمات المستشفى.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

برنامج الفوترة العادلة الخاص بمستشفى Community Hospital of San Bernardino

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى تلقي المساعدة بلغتك، يُرجى الاتصال على (909) 806-1304 Community Hospital of San Bernardino أو زيارة المكتب مفتوح 8 صباحًا إلى 4:30 مساءً ويقع في Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA 92411. كما تتوفر وسائل المساعدة والخدمات للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل، والمطبوعات بخط كبير، والمقاطع الصوتية، وغيرها من التنسيقات الإلكترونية الأخرى التي يمكن الوصول إليها. تقدم هذه الخدمات مجانًا.

المساعدة في دفع فاتورتك

توجد منظمات للدفاع عن المستهلك بالمجان ستساعدك على فهم عملية الفوترة والدفع. يمكنك التواصل مع Health Consumer Alliance على الرقم 3536-804-888 أو زيارة الموقع الإلكتروني healthconsumer.org لمعرفة المزيد من المعلومات.

برنامج الشكاوى بخصوص فواتير المستشفيات

برنامج الشكاوى بخصوص فواتير المستشفيات هو برنامج حكومي، يراجع قرارات المستشفى حول ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة في دفع فاتورة المستشفى أم لا. إذا كنت تعتقد أنه قد تم رفض منحك المساعدة المالية بغير وجه حق، يمكنك تقديم شكوى إلى برنامج الشكاوى بخصوص فواتير المستشفيات. تفضل زيارة HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov للحصول على مزيد من المعلومات وتقديم شكوى.

طلبات الأهلية للحصول على خصم على المدفوعات أو الرعاية الخيرية

(1) بالنسبة إلى المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على خصم على المدفوعات فقط، لا يجوز للمستشفى إلا طلب كشف رواتب حديثة أو إقرارات ضريبة الدخل لتوثيق الدخل.

(2) يمكن أن يتلقى المرضى الذين لا يتقدمون إلا بطلب للحصول على خصم على المدفوعات مساعدة مالية أقل مما قد يكون متاحًا لهم في إطار برنامج الرعاية الخيرية.