

تعليمات طلب المساعدة المالية

يرجى إعادة إرسال الطلب المكتمل والمستندات الداعمة إلى:

ساعات العمل: من 8 صباحًا إلى 4:30 مساءً.
أيام العمل: من الاثنين إلى الجمعة
رقم الهاتف: 323-866-8600
البريد الإلكتروني: Patient.Billing@cshs.org

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
File 1688
1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688

نموذج طلب المساعدة المالية
بما يشمل قائمة المستندات الداعمة المطلوبة

هذا النموذج هو نموذج الطلب الخاص بالمؤسسة للحصول على المساعدة المالية. إذا كانت لديك أي أسئلة، فإن معلومات الاتصال موجودة أعلاه.

لدينا طريقتان لطلب الحصول على المساعدة المالية. الأولى هي الطريقة المعتادة، وذلك من خلال التقدم بطلب للحصول على الحد الأقصى من المساعدة المالية (المساعدة المالية الشاملة) التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها بموجب سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا. أما الطريقة الأخرى فتتضمن متطلبات تقديم أقل من أجل المرضى الراغبين في الحصول على مساعدة مالية محدودة (المساعدة المالية المحدودة).

إذا رغبت أن توضع في الاعتبار من أجل برامج المساعدة المالية هذه، يرجى إكمال هذا الطلب لمساعدة المؤسسة في تحديد إذا كنت مؤهلاً أم لا. لا يمكننا ضمان تأهلك، حتى لو تقدمت بطلب. سنرد كتابيًا على جميع المرضى بالموافقة أو الرفض بعد استلام طلباتهم ومستنداتهم المكتملة.

تغطي السياسة الرعاية الطبية الضرورية المقدمة من مركز Cedars-Sinai Medical Center، ومستشفى Cedars-Sinai، و Marina del Rey Hospital، وأطباء هيئة التدريس في مؤسسة Cedars-Sinai Medical Care Foundation بصفتهم أعضاء هيئة تدريس، والأطباء أو المجموعات الموقعة على اتفاقية الخدمات المهنية الخاصة الذين يعملون بمؤسسة Cedars-Sinai Medical Care Foundation، وأطباء الطوارئ في مركز Cedars-Sinai التابع لشركة Community Urgent Care Medical Group, Inc، وأطباء مستشفى Huntington Hospital و Huntington Health (المؤسسة). قد لا تشمل التغطية في هذا البرنامج الخدمات الاختيارية والتجميلية وأي مقدمي خدمات آخرين خارج الأماكن المذكورة أعلاه.

يمكنك إرسال الطلب المكتمل عبر البريد أو البريد الإلكتروني. يرجى تقديم جميع المستندات المطلوبة الآتية. قد تتسبب المستندات الناقصة أو غير المرفقة في تأخير تقديم المساعدة المالية أو رفضها. إذا لم تتمكن من تقديم مستندات محددة، يرجى تقديم خطاب توضيحي. قد يؤدي عدم توفير جميع المعلومات المطلوبة إلى رفض الطلب.

يرجى الملاحظة: إذا لم تكن مؤمنًا عليك وكنت تستوفي المعايير المحددة للأهلية الافتراضية الخاصة ببرنامج Medi-Cal، فإنك لست مطالبًا بإكمال نموذج الطلب هذا.

المساعدة المالية المحدودة	المساعدة المالية الشاملة	مستندات إثبات الدخل لتقديم الطلب المستندات المطلوب تقديمها:
مطلوب	مطلوب	كعوب شيك الراتب (الشهران السابقان)
مطلوب	مطلوب	الإقرار الضريبي الفيدرالي (السنة السابقة). • إذا لم يُقدّم أي إقرار ضريبي فيدرالي، فقدم أحدث نموذج W2 أو 1099. • إذا تأخر تقديم الإقرار الضريبي الفيدرالي بسبب العجز المؤقت أو البطالة، فقدم نموذج عدم تقديم الإقرار الضريبي. احصل على نسخ من خلال الاتصال بالرقم 1-800-908-9946 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.irs.gov/individuals/get-transcript (استخدم النموذج T-4506 أو EZ-4506T).
اختياري	مطلوب	كشوف إثبات البطالة أو الضمان الاجتماعي أو العجز (الشهران السابقان)
اختياري	مطلوب	كشوف الحساب المصرفي لجميع الحسابات الجارية وحسابات التوفير وحسابات الاتحاد الائتماني (الشهران السابقان بما يشمل جميع الصفحات).
اختياري	مطلوب	إثبات الإيجار أو الرهن العقاري.
اختياري	مطلوب	خطاب الرد على نموذج طلب Medi-Cal (بالموافقة أو الرفض)، إذا كان ينطبق.

مستندات الزوج/الزوجة أو الشريك:

- في حالة الزواج، أو الدخول في علاقة مدنية أو شراكة منزلية، قَدِّم مستندات "إثبات الدخل" ذات الصلة الخاصة بزوجك/زوجتك/شريكك. راجع قائمة المستندات أعلاه، بما يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، شيكات الرواتب، وكشوف الإثبات، وإقرارات الضرائب الفيدرالية، ونموذج W2 أو 1099، ونماذج تأخير التقديم، وكشوف الحساب المصرفي، والنفقة الزوجية/نفقة الطفل.

نموذج الطلب المكتمل:

- يجب أن يتضمن نموذج الطلب المكتمل تاريخ تقديم الطلب وتوقيع مقدمه.

اختيار المساعدة المالية المحدودة أو الشاملة

قد يكون المتقدمون بطلب للحصول على مساعدة مالية محدودة مؤهلين فقط للحصول على مساعدة مالية بمبلغ يصل إلى نصف المبلغ الذي سيُقدَّم مقابل الخدمة (الخدمات) نفسها بموجب طلب للحصول على مساعدة مالية كاملة.

طلب المساعدة المالية

يرجى وضع علامة على نوع المساعدة المالية التي ترغب في التقدم بطلب للحصول عليها:

- مساعدة مالية محدودة (تتراوح بين 0% و 50% بحد أقصى)
- مساعدة مالية كاملة (تتراوح بين 0% و 100% بدون حد)

يرجى وضع علامة إذا كان أحد البرامج أو التجارب الآتية ينطبق على مقدم الطلب:

- برنامج التغذية للسيدات والمواليد والأطفال (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- العجز العقلي مع عدم وجود من يتصرف بالنيابة عن المريض
- برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- مؤهل في برنامج Medi-Cal ولكن ليس هناك تاريخ تقديم الخدمة
- بلا مأوى
- الوفاة بدون ممتلكات

معلومات المريض

اسم المريض		رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد	
عنوان المنزل		المدينة		الولاية	الرمز البريدي
رقم المنزل		رقم الهاتف المحمول		عنوان البريد الإلكتروني	
وسيلة الاتصال المفضلة		دخل الأسرة السنوي: دولار			
<input type="checkbox"/> البريد الأمريكي		<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني			
<input type="checkbox"/> رقم الهاتف المنزلي		<input type="checkbox"/> رقم الهاتف المحمول			
الحالة الاجتماعية		عدد أفراد أسرته (كما هو مذكور في إقرارك الضريبي):			
<input type="checkbox"/> متزوج		<input type="checkbox"/> منفصل			
<input type="checkbox"/> أعزب		<input type="checkbox"/> متقاعد			
<input type="checkbox"/> مطلق		<input type="checkbox"/> معاق			
<input type="checkbox"/> الشريك المنزلي		<input type="checkbox"/> عاطل - آخر تاريخ عمل: _____			
اسم جهة العمل		رقم الهاتف			
عنوان جهة العمل		المدينة		الولاية	الرمز البريدي

معلومات الزوج / الزوجة/ الشريك المنزلي/ الوالد/ الضامن

الصلة بالمريض			
<input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة <input type="checkbox"/> الشريك المنزلي <input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> الضامن <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____			
الاسم		رقم الضمان الاجتماعي	
تاريخ الميلاد			
الوضع الوظيفي			
<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> يعمل لحسابه الخاص <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> عاطل - آخر تاريخ عمل: _____			
اسم جهة العمل		رقم الهاتف	
عنوان جهة العمل		المدينة	الولاية
		الرمز البريدي	

التغطية التأمينية

هل أنت مؤهل للحصول على أي تغطية تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم معلومات عما يأتي:			
حامل بوليصة التأمين	شركة التأمين	رقم بوليصة التأمين	
حامل بوليصة التأمين	شركة التأمين	رقم بوليصة التأمين	

معلومات النفقات والأصول

الدخل الشهري الحالي	المريض/ الضامن	الزوج/ الزوجة/ الشريك	الإجمالي
إجمالي الدخل	دولار	دولار	دولار
صافي دخل العمل لحساب النفس	دولار	دولار	دولار
الفوائد والأرباح	دولار	دولار	دولار
العقارات أو تأجير الممتلكات العقارية	دولار	دولار	دولار
الضمان الاجتماعي/ التقاعد/ الإعاقة	دولار	دولار	دولار
النفقة الزوجية ومدفوعات الإعانة	دولار	دولار	دولار
غير ذلك	دولار	دولار	دولار
الدخل الشهري الإجمالي	دولار	دولار	دولار

نفقات المعيشة الأساسية	المريض/ الضامن	الزوج/ الزوجة/ الشريك	الإجمالي
الإيجار أو الرهن العقاري	دولار	دولار	دولار
الضرائب العقارية	دولار	دولار	دولار
المرافق العامة والهاتف	دولار	دولار	دولار
النفقة الزوجية ومدفوعات الإعانة	دولار	دولار	دولار
سداد قرض السيارة/ الإيجار	دولار	دولار	دولار
التعليم	دولار	دولار	دولار
المدرسة/ رعاية الطفل (المعالون القصر)	دولار	دولار	دولار
الطعام	دولار	دولار	دولار
التأمين	دولار	دولار	دولار
نفقات أخرى	دولار	دولار	دولار
إجمالي النفقات الشهرية	دولار	دولار	دولار

الديون الطبية الحالية	المريض/الضامن	الزوج/الزوجة/الشريك	الإجمالي
الديون الطبية المستحقة (Cedars-Sinai)	دولار	دولار	دولار
الديون الطبية الأخرى	دولار	دولار	دولار
الأصول (باستثناء حسابات التقاعد)	المريض/الضامن	الزوج/الزوجة/الشريك	الإجمالي
حسابات البنك الجارية/حسابات التوفير/الاتحاد الائتماني	دولار	دولار	دولار
الأسهم والسندات	دولار	دولار	دولار
حسابات سوق المال/السمسرة	دولار	دولار	دولار
شهادات الإيداع	دولار	دولار	دولار
إجمالي الأصول	دولار	دولار	دولار

أقر بأن المعلومات الواردة في نموذج الطلب هذا حقيقية وصحيحة على حد علمي. أوافق على التقدم بطلب للحصول على أي مساعدة محلية تابعة للولاية وفيدرالية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة على تخفيف تكلفة فواتير أي مستشفى أو فواتير مهنية. أدرك أن المؤسسة يحق لها التحقق من صحة المعلومات المقدمة، وأفوضها بالتواصل مع جهات خارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأدرك أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن قصد أو إذا كان الطلب يحتوي على خطأ جوهري أو إغفال عن معلومات، فلن أكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية. إذا حصلت على المساعدة المالية سابقاً، فقد تلغى حينئذ وسأكون مسؤولاً عن دفع المبلغ المستحق.

التاريخ	توقيع المتقدم بطلب الحصول على المساعدة المالية
التاريخ	توقيع الزوج/الزوجة/الشريك المنزلي/الضامن (إذا كان ينطبق)