

رقم الحساب: _____ اسم المنشأة: _____

الاسم: _____ رقم SS: _____ تاريخ الميلاد: _____

معلومات

اسم الضامن: _____ رقم SS: _____ علاقته بالمريض: _____

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ عنوان المنزل: _____

رقم الهاتف: (_____) رقم هاتف آخر: (_____)

صاحب العمل الأول: _____ العنوان: _____

رقم العمل: _____ المنصب: _____ العمل بدوام كامل، أو بدوام جزئي، أو من دون عمل سنوي أو (ضع دائرة على إحداهم)

صاحب العمل الثاني: _____ العنوان: _____

رقم العمل: _____ المنصب: _____ العمل بدوام كامل، أو بدوام جزئي، أو من دون عمل سنوي أو (ضع دائرة على إحداهم)

اسم الزوج: _____ رقم SS: _____ تاريخ الميلاد: _____

صاحب العمل الأول: _____ العنوان: _____

رقم العمل: _____ المنصب: _____ العمل بدوام كامل، أو بدوام جزئي، أو من دون عمل سنوي أو (ضع دائرة على إحداهم)

صاحب العمل الثاني: _____ العنوان: _____

العمل: _____ المنصب: _____ العمل بدوام كامل، أو بدوام جزئي، أو من دون عمل سنوي أو (ضع دائرة على إحداهم)

المُعالين القانونيين (اذكر المُعالين فقط الذين يمكن مُطالبتهم في نموذج الضريبة الفيدرالي الخاص بك.)

الاسم (الأول والثاني والأخير)	تاريخ الميلاد (شهر، يوم، سنة)	الصلة
	/ /	هل تقدمت بطلب لبرنامج المساعدة الطبية "ميديكيد"؟ نعم _____ لا _____
	/ /	هل أنت مؤهل لقانون تسوية الميزانية الشاملة المُوحد "Cobra"؟ نعم _____ لا _____

الأصول ومصادر الدخل الأخرى

التحقق من الرصيد: \$ _____ اسم البنك: _____ رصيد التوفير: \$ _____ اسم البنك: _____

رصيد سوق المال: \$ _____ اسم البنك: _____ الضمان الاجتماعي: \$ _____ المعاش الشهري: \$ _____

النفقة: \$ _____ دعم الأطفال: \$ _____ دعم القرار السريري: \$ _____

أي أصول أخرى ، على سبيل المثال الأسهم والسندات وما إلى ذلك _____ النوع: _____

هل تتلقي مبالغ مُستردة من قروض الطلاب؟ نعم أو لا (ضع دائرة على إحداهما) المبلغ المُسترد الخاص بالطلاب: \$ _____

هل قدمت طلب إفلاس في الثلاث سنوات الماضية؟ نعم أو لا (ضع دائرة على إحداهما) إذا كانت الإجابة نعم، اذكر التاريخ: _____/_____/_____

هل لديك أي عقار مُستأجر؟ نعم أو لا (ضع دائرة على إحداهما) إذا كانت الإجابة نعم، ما هو الدخل الشهري؟ _____

قيمة العقار: \$ _____

يلتزم نظام ويلستار الصحي بتقديم الإعانة المالية للمرضى الذين سعوا للحصول على الرعاية الطبية اللازمة في مستشفيات ويلستار ولكن آلية الدفع محدودة أو مُعدمة لتغطية مقابل هذه الرعاية. توفر ويلستار الرعاية الطبية الطارئة لجميع الأفراد، دون النظر إلى قدرتهم على السداد أو أحقيتهم بموجب برنامج الإعانة المالية.

من أجل التأهل للحصول على إعانة مالية الخاصة بمستشفى ويلستار، فمن الضروري التعاون مع ويلستار من أجل تحديد وتقرير مصادر السداد، أو التغطية البديلة من برامج السداد العامة والخاصة. من أجل التأهل للحصول على المساعدة المالية، من الضروري اتباع ما يلي:

معلومات الطلب:

تقديم طلب مُوثق ودقيق وموقع وكامل للحصول على الإعانة المالية؛ و،

ينبغي لجميع المتقدمين للحصول على الإعانة المالية تقديم دليل على دخل الأسرة وأصولها من خلال توفير ما يلي، وهو واجب التطبيق:

تقديم المستندات التالية بناءً على الوضع المالي الحالي:

تقديم إيصالات أو كشوف رواتب آخر ثلاثة (3) أشهر صادرة من صاحب العمل للتحقق من إجمالي الأجر، بالإضافة إلى آخر كشوف الحسابات المصرفية لكل شريك أو مدخرات أو سوق مال أو حساب مصرفي أو استثماري آخر للأسرة لأخر شهرين (2).

أحدث نموذج لخدمات الدخل الداخلي 1040 و نموذج خدمات الدخل الداخلي، -أجور 1099/2 (إن وجد) الصادر خلال العام الماضي من أجل مطابقة نموذج خدمات الدخل الداخلي 1040 الوثائق الإضافية (إن وجدت):

كشوف خطية لجميع مصادر الدخل الأخرى لأخر شهرين (2) (على سبيل المثال إعانة البطالة، أو العجز، أو التقاعد، أو قروض الطلاب، أو خطاب منح من مكتب الضمان الاجتماعي، أو تقرير الأرباح والخسائر الحالي لجميع المتقدمين الذين يعملون لحسابهم الخاص، أو وثائق النفقة الصادرة من المحكمة، أو وثائق دعم الأطفال الصادرة المحكمة، أو كشف نشاط بطاقة الاستحقاقات، والمساعدة المؤقتة للأسر المُحتاجة، وما إلى ذلك مما يتعلق بالأسرة)

إذا كنت من دون عمل لمدة تقل عن 3 أشهر - إخطار إنهاء الخدمة من صاحب العمل السابق

إذا كنت من دون عمل لمدة تزيد على 3 أشهر - استفسار عن الأجور (من وزارة العمل)

خطاب رفض إعانة البطالة

وثائق قيم الأصول، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الكشوف ضريبية للممتلكات وشهادات الإيداع وكشوف الاستثمار الأخرى.

كشوفات المساهمة من الأفراد الذين يساهمون بالدخل أو المساعدة العينية للمريض.

لا يُسمح بتعديل المستندات أو تنقيحها.

ينبغي الحصول على تلك المعلومات في غضون 30 يوماً من التعامل مع طلبك. ينبغي أن تكون الحسابات المؤهلة لمراجعة الإعانة المالية بموجب برنامج الإعانة المالية الخاص بنظام وبلستار الصحي مُكتملة الطلبات، والتي تُقدم في غضون 240 يوماً من تاريخ كشف حساب الفواتير بعد الخروج الأول. تحتفظ وبلستار بحقها في عدم التعامل مع حسابك الخاص ببرنامج الإعانة المالية، حال عدم توافرها. يمكنك الاتصال بويلستار حال وجود أسئلة أو طلب المساعدة في هذا التطبيق على:

إدارة برنامج الإعانة المالية "SBO"، ص. ب. رقم 670747، ماريتا - جورجيا 30066؛ رقم الفاكس: 770-782-1737 و رقم الهاتف: 470-245-9998.

التعليقات:

أطلب بموجب هذا أن تحدد بويلستار أهليتي في الحصول على برنامج الإعانة المالية. أفهم أنه من الضروري التحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن دخلي السنوي وعدد أفراد أسرتي. كما أفهم أيضاً أنه إذا تبين عدم صحة المعلومات التي قدمتها، فسيؤدي ذلك إلى رفض استحقاقي للحصول على الإعانة المالية. أوافق كذلك على الامتثال لعملية التقديم والفحص الخاصة بأي إعانة (مثل ميديكيد، و ميديكير، والإعانة الحكومية (الخاصة بمرض سرطان) ومُتمهني التأهيل والتأمين وما إلى ذلك) التي قد تكون متاحة لسداد رسوم حسابي لدى وبلستار. كما سأتعاون تعاوئاً كاملاً من أجل اتخاذ أي إجراءات قد تكون ضرورية للحصول على هذه الإعانة، كما سأتولى أو أسدد لويلستار المبلغ المُسترد مقابل رسوم وبلستار. أوافق على سداد أي أرصدة مُتبقية بعد تعديل برنامج الإعانة المالية. قد يؤدي الإخفاق في فعل ذلك إلى إلغاء أي تخفيضات ببرنامج الإعانة المالية. يُقدم طلب برنامج الإعانة المالية كاملاً لكل ضامن.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة على حد علمي.

التاريخ:

توقيع الضامن: