



نموذج طلب الانضمام إلى برنامج المساعدة المالية بالمستشفى
(Hospital Financial Assistance Program)
P.O. Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
هاتف رقم: 470-245-9998

معلومات المرضى	مقيم في الولايات المتحدة: <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا
----------------	--

رقم السجل الطبي (Medical Record Number, MRN): _____ اسم المنشأة: _____

اسم المريض: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____

معلومات الضامن والزوج/ الزوجة	متزوج/ متزوجة <input type="radio"/>	مطلق/ مطلقة <input type="radio"/>	منفصل/ منفصلة <input type="radio"/>	أرملة/ أرمل <input type="radio"/>	أعزب/ عزباء <input type="radio"/>
-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

اسم الضامن: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ صلة القرابة بالمريض: _____

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

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

صاحب العمل 1: _____ العنوان: _____

عمل بدوام كامل أو بدوام جزئي أو
عاطل عن العمل رقم العمل:
(ضع دائرة حول واحدة)

الوظيفة: _____ : الوظيفة _____
توظيف سنوي أو الأجر بالساعة: _____

صاحب العمل 2: _____ العنوان: _____

عمل بدوام كامل أو بدوام جزئي أو
عاطل عن العمل رقم العمل:
(ضع دائرة حول واحدة)

الوظيفة: _____ : الوظيفة _____
توظيف سنوي أو الأجر بالساعة: _____

اسم الزوج/الزوجة: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

صاحب العمل 1: _____ العنوان: _____

عمل بدوام كامل أو بدوام جزئي أو
عاطل عن العمل رقم العمل:
(ضع دائرة حول واحدة)

الوظيفة: _____ : الوظيفة _____
توظيف سنوي أو الأجر بالساعة: _____

صاحب العمل 2: _____ العنوان: _____

عمل بدوام كامل أو بدوام جزئي أو
عاطل عن العمل رقم العمل:
(ضع دائرة حول واحدة)

الوظيفة: _____ : الوظيفة _____
توظيف سنوي أو الأجر بالساعة: _____

المعالون القانونيون (يرجى إدراج المعالين القانونيين فقط من أولئك الذين يمكن المطالبة بهم في نموذج الضريبة الفيدرالي لديك)			
الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	صلة القرابة	
هل تقدمت بطلب للحصول للاستفادة من برنامج Medicaid؟	/ /		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل أنت مؤهل للحصول على تأمين Cobra؟	/ /		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

الأصول ومصادر الدخل الأخرى

الرصيد الجاري: \$ _____ اسم البنك: _____ الرصيد الاستثماري: \$ _____ اسم البنك: _____

رصيد السوق النقدي: \$ _____ اسم البنك: _____ الضمان الاجتماعي: \$ _____ المعاش الشهري: \$ _____

النفقة: \$ _____ نفقة الطفل: \$ _____ شهادات الإيداع: _____

أي أصول أخرى، مثل الأسهم والسندات وما إلى ذلك: النوع: _____ القيمة (\$): _____

هل تتلقى استرداد لمبلغ قرض الطالب؟ نعم أو لا (ضع دائرة على أحد الخيارات) استرداد مبلغ قرض الطالب: \$ _____

هل تقدمت بطلب إفلاس خلال الثلاث سنوات الماضية؟ نعم أو لا (ضع دائرة على أحد الخيارات) إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم التاريخ: _____ / _____ / _____

هل تمتلك أي عقار للإيجار؟ نعم أو لا (ضع دائرة على أحد الخيارات) إذا كانت الإجابة بنعم، فما الدخل الشهري؟ \$ _____ قيمة العقار: \$ _____

تلتزم Wellstar Health System بتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين سعوا للحصول على الرعاية الطبية الضرورية في مستشفيات Wellstar Hospitals غير أن لديهم وسائل محدودة أو معدومة لدفع تكاليف هذه الرعاية. كما ستوفر Wellstar الرعاية الطبية الطارئة لجميع الأفراد، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع أو أهليتهم بموجب برنامج Financial Assistance Program.

يكون التعاون مع Wellstar ضروريًا في تحديد وتخصيص مصادر بديلة للدفع أو التغطية من برامج الدفع العامة والخاصة، وهذا لأجل التأهل للحصول على مساعدة مالية بمستشفى Wellstar، ويجب - من أجل التأهل للحصول على المساعدة المالية - الالتزام بما يلي:

معلومات نموذج التقديم:

تقديم طلب حقيقي ودقيق ومكتمل وموقع عليه للحصول على المساعدة المالية. يلتزم جميع المتقدمين للحصول على المساعدة المالية بتقديم إثبات دخل للأسرة والأصول التي يمتلكونها من خلال تقديم ما يلي:

أحدث نموذج 1040 من دائرة الدخل القومي (IRS) ونموذج W-2/1099 (إذا كان ذلك ممكنًا) الصادرين خلال العام الماضي لمطابقة نموذج 1040 الصادر عن الدائرة.

يرجى تقديم الوثائق التالية بناءً على الوضع المالي الحالي:

- تقديم أحدث كشوف رواتب أو بيان من صاحب العمل عن آخر ثلاثة (3) أشهر للتحقق من الأجر الإجمالية بالإضافة إلى كشوف الحسابات المصرفية لكل حساب جارٍ أو حساب توفير أو سوق نقدي أو حساب مصرفي آخر أو حساب استثماري للأسرة عن آخر شهرين. وتتضمن جميع الصفحات بما في ذلك الصفحات الفارغة. أو
- أحدث نموذج 1040 من دائرة الدخل القومي (IRS) (بالإضافة إلى الملحقات) ونموذج W-2/1099 (إذا كان ذلك ممكنًا) الصادرين خلال العام الماضي لمطابقة نموذج 1040 الصادر عن الدائرة.

الوثائق الإضافية (إن وجدت)

- كشوف حسابات مكتوبة عن آخر شهرين (2) لجميع مصادر الدخل الآخر (على سبيل المثال، تعويضات البطالة والإعاقاة والتقاعد والقروض الطلابية وخطاب الترسية من مكتب الضمان الاجتماعي وتقرير الأرباح والخسائر الحالي لجميع المتقدمين العاملين لحسابهم الخاص، ووثائق النفقة الزوجية التي أمرت بها المحكمة، ووثائق دعم الطفل التي أمرت بها المحكمة، أو بيان نشاط بطاقة الاستحقاقات الخاصة بالمساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)، وما إلى ذلك من مزايا الأسرة)
- إذا كنت عاطلاً عن العمل لمدة أقل من 3 أشهر - فيرجى تقديم إشعار الفصل من صاحب العمل السابق
- أما إذا كنت عاطلاً عن العمل لأكثر من 3 أشهر - فيرجى تقديم الاستعلام عن الأجر (وزارة العمل)
- خطاب رفض الحصول على تعويض البطالة
- توثيق قيم الأصول، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، بيانات الضريبة العقارية، وشهادات الإيداع، وبيانات الاستثمار الأخرى
- بيانات المساهمة من الأفراد الذين يساهمون بالدخل أو تقديم المساعدة العينية للمريض.
- لا يجوز إجراء أي تعديلات أو تحريرات على المستندات.

يجب استلام هذه المعلومات خلال 30 يومًا حتى تتمكن من معالجة طلبك. ويجب على أصحاب الحسابات المؤهلة لمراجعة المساعدة المالية بموجب برنامج Financial Assistance التابع لنظام Wellstar Health System أن يكون لديهم طلبات مكتملة تُقدَّم خلال 240 يومًا من تاريخ بيان الفاتورة الأول بعد الخروج من المستشفى. وتحفظ Wellstar بالحق في عدم معالجة حسابك لبرنامج Financial Assistance Program، إذا ما كان غير متوافق. يمكنك التواصل مع Wellstar لطرح الاستفسارات أو للحصول على المساعدة فيما يتعلق بنموذج الطلب عبر:

قسم برنامج المساعدة المالية (Financial Assistance Program, FAP) التابع لمكتب الفواتير الموحد (Single Billing Office, SBO)،
P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374، رقم الفاكس: 770-792-1737 أو رقم الهاتف: 470-245-9998

التعليقات:

أطلب بموجب هذا أن تحدد Wellstar أهليتي في الحصول على برنامج Financial Assistance الخاص بها. كما أنني أفهم أنه يجب التحقق من المعلومات التي أقدمها بخصوص دخلي السنوي وعدد أفراد عائلتي. وأفهم أيضًا أنه إذا ما تقرر أن المعلومات التي أقدمها خاطئة، فسوف يؤدي هذا الإقرار إلى رفض أهليتي في الحصول على المساعدة المالية. بالإضافة إلى ذلك فإنني أوافق على الالتزام بعملية التقديم والفحص للحصول على أي مساعدة (على سبيل المثال برنامج Medicaid، وبرنامج Medicare، والمعونة الحكومية (مرضى السرطان)، وإعادة التأهيل المهني، والتأمين، وما إلى ذلك) من تلك التي قد تكون متاحة لسداد رسوم حسابي في Wellstar. سأتعاون بشكل كامل بشأن اتخاذ أي إجراءات قد تكون ضرورية للحصول على هذه المساعدة وسوف أخصص أو أدفع المبلغ المسترد إلى Wellstar مقابل الرسوم التي تكبدها. كما أنني أوافق على سداد أي أرصدة متبقية بعد إجراء تعديل على برنامج Financial Assistance Program. وقد يؤدي عدم القيام بذلك إلى إلغاء أي خصومات على برنامج Financial Assistance Program. ويتعين على كل ضامن تقديم طلب مكتمل لبرنامج Financial Assistance Program.

أقر أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

توقيع الضامن: _____ التاريخ: _____

السيناريوهات والوثائق الإضافية المقبولة بدلاً من الوثائق المطلوبة:

□ إذا كان دخل العام الحالي أقل من الدخل المذكور في الإقرار الضريبي، فيرجى تقديم كشف حساب بنكي لشهرين (مع عدم حذف أي صفحات) وكشوف رواتب لثلاثة أشهر بدلاً من الإقرار الضريبي

إذا لم تتمكن من تقديم نسخة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي على الدخل، فيرجى تقديم اثنتين من الوثائق التالية، بما في ذلك جميع نماذج W-2 ونموذج 1099 وأي ملحقات بهما:

- تقديم أحدث كشوف الرواتب (أو شهادة البطالة) عن آخر ثلاثة (3) أشهر وتقديم اثنتين (2) من كشف الحساب البنكي الحالي لجميع الحسابات الجارية وحسابات التوفير وحسابات السوق النقدي (مع عدم حذف أي صفحات).
- إذا كان هناك ودائع إضافية في الحساب المصرفي، فسنحتاج إلى وثائق داعمة لتلك الودائع.
 - بالنسبة للأموال التي تكون على سبيل الهبة أو القرض، فيجب تقديم خطاب من الشخص الذي وهب المبلغ أو قدم القرض.
 - بالنسبة للميراث، فيجب تقديم خطاب الوصية الذي يدعم المبلغ.
 - بالنسبة لتوزيعات حساب التقاعد الفردي (IRA) أو حساب 401k أو غيرها من خطط التقاعد، أو مبيعات الأسهم/السندات، فيجب تقديم بيان من هذا الحساب للتحقق من المبلغ الموزع.
 - أما قروض التأمين على الحياة، فيجب تقديم بيان من هذا الحساب يوضح التوزيع.
 - بالنسبة لبيع السيارة، فيجب تقديم نسخة من سند البيع.
 - بالنسبة لنفقة دعم الطفل، فيجب تقديم نسخة من حكم الطلاق الذي يوضح مقدار دعم الطفل المقرر.
 - بالنسبة للوظيفة التي لا توفر كشوف رواتب، فيجب تقديم خطاب من صاحب العمل (حتى لو كان صديقاً أو أحد أفراد العائلة) يوضح مبلغ الأجر وتكرار الدفع.
- إذا لم يكن لديك أي دخل خلال الأشهر الثلاثة الماضية، فيجب تقديم خطاب دعم من الشخص الذي يساعدك بالإضافة إلى استعلام عن الأجور من وزارة العمل إذا كان لديك رقم الضمان الاجتماعي.

□ حالات أخرى:

- إذا كان المريض هو أحد الوالدين يعيش مع أبنائه، والأبناء يطالبون بإدراج الوالد أو الوالدة كمعال في إقرارهم الضريبي.
 - فيجب تقديم كشوفات الحسابات المصرفية وبيانات الرواتب ورسائل الدعم.
- إذا كان المريض بلا مأوى.
 - فيرجى تقديم الاستعلام عن الأجور
 - أو في حالة الدفع إليك نقداً، فإننا نحتاج إلى بيان الدخل وخطاب دعم من الشخص الذي تعيش معه.
- يجب أن يكون المريض/مقدم الطلب أقل من واحد وعشرين عاماً ومدرجاً على أنه معتمد على الإقرار الضريبي لشخص آخر.
 - يرجى تقديم الإقرار الضريبي، ونماذج W-2، و1099، بما في ذلك جميع الملحقات الخاصة بوالديك.
 - إذا لم يقدم الوالدان الإقرار الضريبي، فيرجى تقديم كشوف الحسابات المصرفية وبيانات الرواتب للوالدين.