

معلومات المريض	مقيم أمريكي	نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/>
----------------	-------------	--

رقم الحساب: \_\_\_\_\_ المؤسسة: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_ الضمان الاجتماعي #: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

معلومات الضامن والزوج أو الزوجة	متزوج <input type="radio"/> مطلق <input type="radio"/> منفصل <input type="radio"/> أرمل <input type="radio"/>
---------------------------------	---

الاسم: \_\_\_\_\_ الضمان الاجتماعي #: \_\_\_\_\_ العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ / /  
الهاتف #: \_\_\_\_\_ ( ) هاتف آخر: \_\_\_\_\_ ( )  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_  
العمل #: \_\_\_\_\_ الوظيفة: \_\_\_\_\_ المرتب السنوي أو بالساعات: \_\_\_\_\_ العمل الكلي أو الجزئي (ضع دائرة حول أحد الخيارات)  
اسم الزوج أو الزوجة: \_\_\_\_\_ الضمان الاجتماعي #: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / /  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_  
العمل #: \_\_\_\_\_ الوظيفة: \_\_\_\_\_ المرتب السنوي أو بالساعات: \_\_\_\_\_ العمل الكلي أو الجزئي (ضع دائرة حول أحد الخيارات)

التابع القانونية (أدرج فقط التابع التي يمكن المطالبة بها بخصوص الضرائب الفيدرالية الخاصة بك).

العلاقة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الاسم (الأول، الأوسط، العائلة)
هل تقدمت للحصول على المعونة الطبية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/>	/ /	
هل أنت مؤهل للحصول على Cobra؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/>	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

الأصول ومصادر الدخل الأخرى

الأرصدة البنكية الجارية: \_\_\_\_\_ اسم البنك: \_\_\_\_\_ بالدولار  
أرصدة التوفير البنكية: \_\_\_\_\_ اسم البنك: \_\_\_\_\_ بالدولار

المعاشات الشهرية: \_\_\_\_\_ بالدينار  
الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ بالدينار  
حساب التقاعد الشخصي (IRA): \_\_\_\_\_ بالدينار  
شهادات الإيداع: \_\_\_\_\_ بالدينار  
دعم الطفل: \_\_\_\_\_ بالدينار

هل تتلقى منحة استرداد مدفوعات الطلاب؟ نعم أو لا (ضع دائرة حول خيار)  
استرداد مدفوعات خاصة بالطلاب: \_\_\_\_\_ بالدينار

نفقة الزوجة: \_\_\_\_\_ بالدينار  
مالك العقار: نعم أو لا (ضع دائرة حول خيار)  
قيمة: \_\_\_\_\_ بالدينار  
أي أصول أخرى، مثل الأسهم، السندات، K401: \_\_\_\_\_ بالدينار

هل تملك عقارًا مؤجرًا؟ نعم أو لا (ضع دائرة حول خيار)  
إذا كانت الإجابة نعم، ما هو العائد الشهري لها: \_\_\_\_\_ بالدينار  
ما قيمة الأملاك العقارية؟ \_\_\_\_\_ بالدينار

هل رفعت قضية للإفلاس في الثلاث سنوات الماضية؟ نعم أو لا (ضع دائرة حول خيار)  
إذا كانت الإجابة نعم، اكتب التاريخ: \_\_\_\_\_ / /

هل تملك أسهم أو سندات؟ نعم أو لا (ضع دائرة حول خيار)  
إذا كانت الإجابة نعم، ما قيمتها؟ \_\_\_\_\_ بالدينار

يلتزم النظام الصحي WellStar بتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين يحتاجون الرعاية الطبية اللازمة بمستشفيات WellStar إلا أنها محدودة أو لا تتوفر أي وسيلة لدفع ثمن تلك الرعاية. سوف توفر WellStar الرعاية الطبية الطارئة لجميع الأشخاص، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع أو أهليتهم لتلقي الرعاية بموجب برنامج المساعدة المالية الخاص بها.

من أجل التأهل للحصول على المساعدة المالية بمستشفى WellStar، فإن التعاون مع WellStar ضروريًا لتحديد وتعيين مصادر بديلة للدفع أو التغطية من برامج الدفع العامة والخاصة. من أجل التأهل للحصول على المساعدة المالية، يعد ما يلي ضروريًا:

## معلومات الطلب:

- قدم طلب صحيح ودقيق وموقع وكامل للحصول على المساعدة المالية؛ و
- يجب على جميع المتقدمين للحصول على المساعدة المالية تقديم دليل على دخل الأسرة وأصول الأسرة من خلال توفير أي من أو كل ما يلي والذي يعد ملائمًا:

توفير أي من أو كل ما يلي إذا لم يتمكن من تقديم نسخة من أحدث عائد ضريبة دخل فيدرالية:

- تقديم أحدث إيصال راتب أو بيان من صاحب العمل للتحقق من إجمالي الأجور لثلاثة (3) أشهر؛ أو
- نموذج تقرير أجور موظفين W-2 صادر خلال العام الماضي؛ أو
- أحدث نموذج تقرير أجور موظفين 1040؛ أو
- أحدث بيان مصرفي لشهرين (2) لكل حساب جاري أو توفير، أو بورصة أو غيرها من الحسابات المصرفية أو الاستثمارية؛ أو
- بيانات مكتوبة لأحدث شهرين (2) لجميع الإيرادات الأخرى (على سبيل المثال، تعويضات البطالة، والعجز، والتقاعد، والقروض الطلابية، ورسائل المنح من مكتب الضمان الاجتماعي، وتقرير الربح الحالي والخسارة لجميع المتقدمين من أصحاب الأعمال الخاصة، ووثائق النفقة، ووثائق دعم الطفل، وما إلى ذلك)؛ أو
- خطاب رفض تعويض بطالة؛ أو
- توثيق قيم الأصول، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، بيانات ضريبة الأملاك، وشهادات الإيداع، و 401 K و 403 b، ونموذج تقرير أجور موظفين وحساب التقاعد الشخصي IRA وأي بيانات استثمار أخرى؛ أو
- بيانات مساهمة من الأفراد الذين يساهمون بمساعدة دخل أو مساعدات عينية للمريض

يجب تلقي هذه المعلومات من أجل معالجة طلبك. إذا أخفقت في إعادة المعلومات الواردة أعلاه خلال 240 يومًا من تاريخ أول بيان فواتير ما بعد الخروج من المستشفى، فسوف تحتفظ WellStar بحقها في عدم معالجة حسابك للموافقة على برنامج المساعدة المالية. يمكنك الاستفسار من خلال WellStar عن أية أسئلة أو الحصول على المساعدة في هذا الطلب من على:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 أو رقم الهاتف الخاص بنا: 678-838-5750.

### التعليقات:

أرجو من WellStar أن تقرر أهليتي لبرنامج المساعدة المالية الخاص بها. أتفهم أن المعلومات التي قدمتها فيما يتعلق بالدخل السنوي الخاص بي وحجم الأسرة يجب التحقق منه. أتفهم أيضًا أنه إذا تم تصنيف المعلومات التي قدمتها على أنها كاذبة، فسوف يؤدي هذا القرار إلى الحرمان من أهلية الحصول على المساعدة المالية. أوافق أيضًا على تقديم طلب للحصول على أي مساعدة (بما في ذلك المعونة الطبية، والرعاية الطبية، والمساعدة الحكومية (للسرطان)، وإعادة التأهيل المهني والتأمين، وغيرها) التي تتولى دفع رسوم حسابي في WellStar. سأتعاون تعاونًا كاملاً في اتخاذ أي إجراءات ضرورية للحصول على هذه المساعدة، وسوف أقوم بالتعيين أو الدفع لمستشفى WellStar المبلغ المسترد لرسوم WellStar. أوافق على دفع أي أرصدة متبقية بعد تعديل برنامج المساعدة المالية. قد يؤدي عدم القيام بذلك إلى إلغاء أي عمليات تخفيض لبرنامج المساعدة المالية. برنامج المساعدة المالية المكتمل قابل للتطبيق مع كل ضامن.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

توقيع الضامن:

التاريخ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_