

طلب الحصول على معونة مالية للمرافق في يوتا وأيداهو ونيفادا

يتم إرسال المعلومات إلى:

البريد: الإعانة المالية

27327 PO Box

84127 Salt Lake City, Utah

فكس: 2890-381-385

البريد الإلكتروني: financial.assistance@r1rcm.com

تعليمات لإكمال هذا النموذج:

يُرجى ملء هذا النموذج بالكامل وإعادة جميع المستندات المطلوبة إلى منشأة Intermountain التي تلقيت فيها الرعاية، أو عبر إحدى وسائل الاتصال المذكورة أعلاه لمعالجة طلبك. يمكنك أيضًا التقدم بطلب عبر الإنترنت من خلال MyChart. لن يتم منح المعونة المالية لمن لا يكملون عملية التقديم.

يُرجى تقديم المستندات التالية:

1. طلب الحصول على معونة مالية: تم إكماله وتوقيعه وتأريخه.
2. إثبات دخل الأسرة الحالي الموضح أدناه.

رقم الحساب عدد أفراد الأسرة الحالي هل تعاني من التشرد؟ ما الولاية التي تعيش بها؟

نعم لا

تاريخ رقم الضمان الاسم الأول

التاريخ الاجتماعي

والأخير

الحالة الاجتماعية البريد الإلكتروني رقم الهاتف العنوان

الولاية المدينة/المقاطعة الرمز البريدي اسم

جهة العمل هاتف العمل

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ سنوات أشهر

معدل الدفع (تُرجى الإشارة إليه) أسبوعيًا مرة كل أسبوعين مرتين في الشهر شهرًا

منذ متى وأنت تقيم في هذا العنوان؟ سنوات أشهر إذا كنت تقيم فيه منذ أقل من ثلاثة أشهر، فيُرجى إدراج العنوان السابق:

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	من (شهر/سنة)	إلى (شهر/سنة)

تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة اسم الزوج/الزوجة:

هاتف المنزل الخاص بالزوج/الزوجة الهاتف الخليوي الخاص بالزوج/الزوجة

اسم جهة عمل الزوج/الزوجة هاتف العمل

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ سنوات أشهر

معدل الدفع (تُرجى الإشارة إليه) أسبوعيًا مرة كل أسبوعين مرتين في الشهر شهرًا

أفراد الأسرة/المعالون الإضافيون. قم بتضمين طفل غير مولود إن أمكن تُرجى إضافة أي معالين إضافيين في نموذج منفصل. (يجب أن يتطابق عدد أفراد الأسرة مع حجم الأسرة الحالي المذكور في السؤال أعلاه)

الاسم الأول والأخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة

الدخل الإجمالي الشهري الحالي للأسرة

النوع	دخل المريض	دخل الزوج/الزوجة	فرد/أفراد آخرين أفراد الأسرة	نوع إثبات الدخل المطلوب
دخل العمل (الإجمالي)	دولار	دولار	دولار	نسخة من كشف الراتب الحديث أو الأخير أو خطاب (خطابات) من جهة العمل (جهات العمل) يوضح إجمالي الدخل للشهر الماضي أو الحالي
دخل العمل الحر (الإجمالي)	دولار	دولار	دولار	كشف بالأرباح والخسائر أو دفاتر الحسابات للشهر السابق أو الحالي. الإقرار الضريبي الحالي إذا كان ذلك ممكناً.
قيمة الدخل من المعاش/التقاعد/الضمان الاجتماعي	دولار	دولار	\$	نسخة من خطاب (خطابات) الموافقة <u>الحالي</u> ، ومدفوعات المعاش، والمدفوعات من حسابات التقاعد، وما إلى ذلك عرض الدخل الشهري.
البطالة، ودخل العجز، وما إلى ذلك	دولار	دولار	\$	نسخة من خطاب (خطابات) الموافقة <u>الحالي</u>
غير ذلك (يرجى إدراج المصدر/المصادر):	دولار	دولار	دولار	مثل: الإكراميات والمكافآت والعمولات

أسئلة إضافية: تضمن الإجابة عن هذه الأسئلة عدم تأخير معالجة طلبك للحصول على مزيد من المعلومات.	نعم	لا
هل تتلقى أنت أو أي فرد من أفراد أسرته معونات عامة؟ (مثل قسائم الطعام أو برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) أو وجبات غذاء مجانية أو بأسعار مخفضة)	☐	☐
هل تتلقى حالياً أو تخطط لتلقي الرعاية في مركز إنترماونتن هيلث للسرطان؟	☐	☐
هل لديك أو لدى أي فرد من أفراد أسرته تأمين صحي حالياً؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إدراج اسم شركة التأمين _____	☐
هل تقدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرته الحاليين بطلب للحصول على خدمات برنامج Medicaid أو Medicare أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو خطة رعاية صحة الأطفال الإضافية (CHP+)؟	إذا كانت الإجابة نعم وتم الرفض، فيرجى تقديم خطاب الرفض _____	☐
هل تتعلق أي من فواتيرك الطبية في مرافقتنا بحادث سيارة أو حادث عمل؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكر شركة التأمين _____	☐
هل أنت مسجل في خطة مشاركة التكاليف الطبية أو تقاسم النفقات الصحية؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم شرح لكيفية مشاركة التكاليف (EOS) _____	☐
هل توجد أي امرأة حامل في منزلك حالياً؟	☐ من هي المرأة الحامل في أسرته؟ _____ ما موعد الولادة المتوقع؟ _____	☐

نطلب من المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على معونة مالية البحث عن مصدر تمويل آخر أيضًا. يُرجى تحديد "نعم" أو "لا".

- هل تقوم جهة العمل بتعويضك عن أي خصومات أو تكاليف رعاية صحية؟ ____ نعم ____ لا
- هل تقدمت بطلب للحصول على أي برامج مساعدة من الولاية، مثل ضحايا الجرائم؟ ____ نعم ____ لا

إذا لزم الأمر، فاستخدم المساحة أدناه لمزيد من التوضيح حول سبب طلبك للمعونة المالية. ويجوز لك إرفاق ورقة منفصلة إذا احتجت إلى مساحة أكبر. وقد يُطلب منك تقديم مستندات إثبات إضافية.

أقر بموجب هذا المستند بأن المعلومات الواردة هنا حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأعي أنني إذا قمت بالتضليل أو تقديم معلومات خاطئة للحصول على معونة مالية من Intermountain Health، فسيتم رفض الطلب وقد يؤثر ذلك على أي طلبات مستقبلية للحصول على معونة. أعي أن Intermountain Health تستلزم تقديم إثبات للدخل قبل اتخاذ أي قرار.

توقيع مقدم الطلب _____ التاريخ _____

قائمة التحقق من جميع المعلومات المطلوبة لإكمال عملية تقديم الطلبات:

☐ تم إكمال طلب الحصول على معونة مالية وتوقيعه وتأريخه. ☐ إثبات دخل الأسرة.