

طلب المساعدة المالية

برنامج المساعدة المالية

كجزء من مهمتنا، نلتزم Metro Health بتوفير إمكانية الحصول على رعاية صحية عالية الجودة لمجتمعنا، ومعاملة جميع مرضانا بكرامة ورحمة واحترام.

يوفر برنامج المساعدة المالية الخاص بنا الخدمات مجانًا، أو بأسعار مخفضة كثيرًا، لتأهيل المرضى الذين لا يمكنهم تحمل الدفع مقابل رعايتهم كليًا أو جزئيًا. يوفر برنامج المساعدة المالية الخاص بنا خصومات تصل إلى 100 بالمائة من تكاليف المستشفى/الطبيب للمرضى الذين يستوفون المبادئ التوجيهية للأهلية المالية.

عند تقديم طلب للحصول على المساعدة المالية، فإن تعاونك ضروري لتوفير المعلومات ومستندات الدعم التي نحتاجها لاتخاذ قرار عادل وفي الوقت المناسب. في حالة عدم توفير معلومات كاملة ودقيقة، قد يتم رفض طلبك دون مراجعة أخرى، وفي هذه الحالة من المتوقع منك دفع فاتورتك كاملة.

نظرًا للطبيعة الحساسة لهذه الطلبات، سيتم معاملة جميع المراسلات مع المريض أو أعضاء الأسرة بسرية تامة وبطريقة رحيمة.

شكرًا لك لاختيار Metro Health لاحتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. إننا نفخر بخدمة احتياجات الرعاية الصحية لمجتمعنا!

تتوفر نسخ من استمارة الطلب هذه باللغة الإنجليزية والإسبانية والعربية والبوسنية والبورمية والصينية الماندارين والنيبالية والكنينية الرواندية والكورية والصومالية والسواحيلية والفيتنامية

يتم توفير طلب المساعدة المالية هذا لك لاستكمالته حتى يمكننا تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج المساعدة المالية الخاص بنا.

استكمال هذا النموذج ليس ضماناً للأهلية

إذا لم تقم باستكمال حزمة الطلب أو إذا قمت بإعادتها بدون المستندات الداعمة للطلب، فلن نتمكن من تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج المساعدة المالية الخاص بنا. في هذه الحالة، ستتحمل المسؤولية عن الرصيد المستحق بالكامل على حسابك.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في استكمال هذه الاستمارة أو جمع مواد الدعم، فيرجى الاتصال بممثل خدمة عملاء Metro Health على **616-252-7110** أو **1-800-968-0051**.

لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج المساعدة المالية الخاص بنا، يرجى إعادة مستندات الدعم التالية مع هذه الحزمة الكاملة.

- ✓ نسخة من صورتك الشخصية (رخصة القيادة للولاية/هوية الولاية).
- ✓ نموذج العام السابق من عائدات ضريبة الدخل الفيدرالية 1040، مع جميع النماذج W-2 و/أو 1099.
- ✓ كعوب الدفع لآخر أسبوعين مع الإجماليات السنوية حتى تاريخه، أو كعوب الدفع لآخر شهرين بدون الإجماليات السنوية حتى تاريخه (إذا تم دفعها نقدًا بدون كعوب دفع، قم بتوفير إثبات مكتوب من الموظف).
- ✓ إثبات الدخل من كل المصادر الأخرى مثل تعويض البطالة، دخل الإعاقة، دخل الإيجار، المعاشات، الأقساط السنوية، مدفوعات الفائدة، وغيرها.
- ✓ إذا كنت تتلقى حاليًا استحقاقات ضمان اجتماعي، نسخة من خطاب "مبلغ الاستحقاق".
- ✓ نسخ من كشوف الحسابات البنكية للحسابات الجارية والمدخرات وشهادات الإيداع وغيرها، لآخر شهرين.
- ✓ نسخة من فاتورة المرافق الحالية أو فاتورة الهاتف أو فاتورة تليفزيون الكابل من السكن الذي تقيم فيه.
- ✓ إذا كنت طالبًا، قائمة بمقرر/دروس الفصل الدراسي الحالي ونسخة من هوية الطالب الخاصة بك.
- ✓ إذا قمت بتسجيل دخل بقيمة 0 دولار أمريكي في الصفحة التالية، بيان دعم كامل (في نهاية الاستمارة) من أي شخص يوفر الدعم لك أو لأسرتك.

ملاحظة: الاسم المعروف على الصورة الشخصية للمريض يجب أن يكون مطابقًا للاسم المعروف على كعوب الدفع واستمارات الضرائب.

الرجاء إعادة هذا الطلب المستكمل ومستندات الدعم المطلوبة في أقرب وقت ممكن. لن يتم مراجعة الطلب إلى أن يتم تقديم كل مستندات الدعم المطلوبة.

يرجى الاتصال بممثل خدمة عملاء Metro Health على الرقم أعلاه لتحديد موعد في الموقع أو مقابلة على الهاتف.

يتطلب قانون حماية المريض والرعاية ذات الأسعار المعقولة أن تكون تغطية التأمين الصحي لجميع الأفراد سارية اعتبارًا من 1 يناير، 2014. سيقوم ممثلو Metro لدينا بتزويدك بالمعلومات حول كيف يمكنك تقديم طلب للحصول على تغطية التأمين الصحي عبر بورصة التأمين الاتحادية على www.marketplace.gov ويمكنه مساعدتك في عملية التسجيل.

طلب الحصول على المساعدة المالية

يرجى الكتابة بوضوح - احرص على توفير كل المعلومات المطلوبة

اسم المريض: _____ تاريخ ميلاد المريض: _____
رقم الضمان الاجتماعي للمريض: _____
اسم الزوج/الزوجة: _____ تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة: _____
رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة: _____
الهاتف: _____ رقم حساب المريض: _____
عنوان الشارع: _____ الشقة _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

أفراد الأسرة (مُعالي الضرائب القانونية) متزوج _____ أعزب _____ مطلق _____ أرمل (أرملة) _____
الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ السن: _____
الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ السن: _____
الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ السن: _____
الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ السن: _____
الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ السن: _____
الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ السن: _____

في حالة عدم وجود دخل، من الذي يعولك؟ _____
صلة القرابة: _____ رقم الهاتف: (____) _____

النفقات المطبقة:

أقساط التأمين الطبي: دولار أمريكي	الفواتير/النفقات الطبية دولار أمريكي
-----------------------------------	--------------------------------------

طلب المساعدة المالية (تابع)

الأصول التي لديك: بما في ذلك أصول جميع أفراد الأسرة. يجب استكمال كل بند.
قم بإرفاق كل المستندات الداعمة.

قيمة الأصل	حدد نعم/لا	نوع الأصل
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	النقد المتاح، في صندوق أمانات أو صندوق ائتمان المريض
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المدخرات أو حساب جار أو حسابات الاتحادات الائتمانية
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	منزل، ممتلكات مدى الحياة، إيجار مدى الحياة
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	عقارات (غير منزلك)
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رهن عقاري أو عقد أرض أو غيرها من مستندات الدفع لأحد أفراد الأسرة
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	سندات الادخار أو صناديق السوق النقدي
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الأسهم أو صناديق الاستثمار
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	IRA** أو KEOGH أو 401K أو 403b أو حسابات التعويض المؤجلة
		IRA/401K/403b** معلومات عقوبة الانسحاب المبكر
	التاريخ:	تاريخ بدء المساهمة/ المشاركة في IRA أو 401K أو 403b أو KEOGH أو حسابات التعويض المؤجلة
دولار أمريكي		التأمين مدى الحياة
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الدخل السنوي
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	سيارات، شاحنات، قوارب، دراجات بخارية، غيرها من المركبات (أدرج كل منها على حدة)
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الرجاء توفير الشركة المصنعة والطراز والسنة والمسافة المقطوعة بالأميال لكل منها.
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	شهادات الإيداع (C.D.) أو شهادات الادخار
دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الصندوق الاستثماري
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل قمت بالدفع مقابل تكاليف طبية تتجاوز 7.5% من إجمالي دخلك المعدل هذا العام؟
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تكاليف المقابر

هل تلقى أي من أفراد الأسرة أي دخل من العمل أو العمل الحر؟ إذا كان يعمل عملاً حرًا، قم بتضمين بيان الربح والخسارة أو نسخة من العائدات الضريبية للعام الماضي. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، استكمل ما يلي	إجمالي الأرباح الشهرية قبل الخصومات
شخص عامل	دولار أمريكي
شخص عامل	دولار أمريكي

دخل آخر لديك. قم بتضمين دخل جميع أفراد الأسرة. يجب استكمال كل بند.			
نوع الدخل	المبلغ الشهري	شيك نعم/لا	دخل من
استحقاقات الضمان الاجتماعي (RSDI)	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دخل من
الدخل التأميني الإضافي (SSI)	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
استحقاقات التقاعد أو معاشات التقاعد	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
استحقاقات المحاربين القدامى	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
إعانات الإعاقة	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
دخل الإيجار	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
تعويض العمال	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
دعم الأطفال أو النفقة	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
تعويض البطالة	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
المخصصات العسكرية	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
حصص/توزيع أرباح الكازينو	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي
غير ذلك	دولار أمريكي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار أمريكي

الشهادة

أقر أن المعلومات التي قمت بتزويدها في هذا الطلب ومستندات الدعم المطلوبة حقيقية وصحيحة إلى حد علمي. سأقوم بطلب أي مساعدة فيدرالية أو حكومية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في الدفع مقابل رعايتي الطبية. أدرك أنه يمكن التحقق من المعلومات المزودة بواسطة Metro Health Hospital، وأصرح لمستشفى Metro Health Hospital الاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات التي قمت بتزويدها. أدرك أنني إذا قمت عن علم بتزويد معلومات غير دقيقة أو غير كاملة في هذا الطلب، فقد أكون غير مؤهل للحصول على المساعدة المالية، وقد يتم إلغاء أي مساعدة مالية ممنوحة لي، وسأكون مسؤولاً عن دفع فواتيري الطبية.

تاريخ الطلب

توقيع مقدم الطلب

يمكن تقديم طلبك الكامل ومستنداتك الداعمة من خلال:

- تسليم المواد يدوياً إلى:
 - ممثل Metro Health
 - المستشار المالي أو الصراف في ردهة Metro Health Hospital أو أي مكتب تسجيل/تقييد مرضى.
- إرسال المواد بالبريد إلى Metro Health Hospital، لعناية: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- إرسال المواد بالبريد الإلكتروني إلى CustomerService@metrogr.org.

بيان الدعم

إذا قمت بتسجيل دخل شهري يبلغ 0 دولار أمريكي، فيرجى ملء بيان الدعم بمعرفة شخص (أشخاص) يساعدك و/أو أسرتك. في جميع الحالات الأخرى، تجاوز هذا القسم.

بيان الدعم

(يتم استكماله بواسطة الشخص الذي يوفر الدعم لمقدم الطلب)

الاسم الكامل بوضوح: _____ رقم الهاتف (_____) _____

العنوان: _____
الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____

تم التعرف عليّ من قِبل مقدم الطلب بأنني أقدم الدعم المالي. فيما يلي قائمة بالخدمات أو الدعم الذي أوفره لمقدم الطلب.

أقر هنا وأؤكد بأن كل المعلومات السابقة حقيقية وصحيحة إلى حد علمي واعتقادي. أدرك أن توقيعني لن يحملني مسؤولية مالية عن التكاليف الطبية للمريض.

التوقيع: _____

يرجى إرفاق إثبات الإقامة، مثل نسخة من فاتورة المرافق عليها عنوانك الحالي ومؤرخة خلال 60 يومًا من تاريخ خدمة المستشفى. ***