

طلب المساعدة المالية

تاريخ الخدمة:

اسم المستشفى:

رقم الحساب:

اسم المريض أو مقدم الطلب:

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

رقم هاتف المنزل:

رقم الهاتف الخليوي:

رقم الضمان الاجتماعي للمريض

الحالة الاجتماعية:

يجب أن يتم إكمال الأسئلة التالية لكي يتم النظر في أمر المساعدة المالية

- هل كنت تقيم في ولاية أوهايو في وقت الحصول على الخدمة من المستشفى؟ نعم _____ لا _____
(a) إذا كانت الإجابة "بلا"، ففي أي ولاية كنت تقيم؟
- هل تقدمت بطلب للاستفادة من برنامج MEDICAID أو للحصول على أي مساعدة أخرى من الدولة؟ نعم _____ لا _____
(a) إذا كانت الإجابة "بنعم"، فمتى قمت بتقديم الطلب؟
(b) إذا كانت الإجابة "بنعم"، فهل تقدمت بطلب للاستفادة من برنامج MEDICAID في ولاية بخلاف ولاية أوهايو؟ نعم _____ لا _____
(c) إذا كانت الإجابة "بنعم"، ففي أي ولاية قدمت طلبًا للحصول على التغطية؟
- هل كانت لديك تغطية (تغطيات) تأمين صحي أخرى في تاريخ الاستفادة من الخدمة؟ اسم شركة التأمين _____ رقم المعرف _____
(a) إذا كانت الإجابة "بنعم"، (ولم يتم إرسال الفاتورة إلى التأمين)، يرجى إرسال نسخة من بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بك مع هذا الطلب.
- هل قمت بالتقدم بطلب للاستفادة من التأمين من خلال تبادل التأمين الصحي؟ نعم _____ لا _____
(a) إذا كانت الإجابة نعم، فما هو اسم شركة التأمين _____ رقم المعرف _____
- هل كان تاريخ الخدمة مرتبطًا بحادث سيارة؟ نعم _____ لا _____
(a) إذا كانت الإجابة "بنعم"، فهل قمت بتقديم مطالبة؟ رقم المطالبة: _____ اسم التأمين: _____
- هل لديك حساب توفيرات صحية (HSA)؟ نعم _____ لا _____
(a) إذا كانت الإجابة "بنعم"، يرجى إرسال نسخة من الوثائق التي توضح رصيدك الحالي.
- الرجاء الإشارة إلى ما إذا كان أي شخص في منزلك لديه الموارد التالية.
(a) هل تمتلك منزل أم أنك مستأجر له؟ امتلك المنزل _____ مستأجر له _____
(b) حساب جارٍ / توفير: نعم _____ لا _____ إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر القيمة الإجمالية بالدولار
(c) الأصول الأخرى بما في ذلك، ودون الحصر، شهادات الإيداع والأسهم والسندات وحسابات الأسواق المالية: نعم _____ لا _____
(d) إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر القيمة الإجمالية بالدولار

الرجاء سرد أسماء كل الأشخاص اللذين يعيشون معك في الأسرة أندان. إذا كنت تحتاج إلى مساحة إضافية، الرجاء استخدام ظهر هذا النموذج.

الاسم	العلاقة بالمريض	العمر	إجمالي الدخل في الشهر الثلاثين قبل تاريخ الخدمة	إجمالي الدخل في السنة التي تسبق تاريخ الخدمة	مصدر الدخل اسم صاحب العمل (أذكر ما إذا كنت طالبًا في الجامعة)
	الذات				

قم بإرسال دليل على الدخل قبل 3 أشهر أو قبل 12 شهرًا مع هذا الدليل:

- يتم النظر إلى الدخل على أنه دخل إجمالي قبل استقطاع الضرائب، وهو يشمل على ما يلي، دون الحصر: • أجور أو رواتب العمل (قم بإرسال كعوب الراتب لمدة 3 أشهر) • البطالة • النفقة • امتيازات VA • الضمان الاجتماعي (قبل الاستقطاعات) أو خطاب المنحة • دعم الأطفال • التقاعد أو المعاش • 401K • خطاب منح التعويض للموظفين • المدفوعات الإجمالية • مساعدة OWF • الرواتب السنوية • إيصالات النقد • سجلات التوظيف الذاتي • وظيفة (وظائف) عرضية • الإقرار الضريبي بالدخل الفيدرالي • أي دخل آخر • إذا كنت تقول أنه لا يوجد أي دخل، يجب أن تكمل بيان الدعم أذنه كي يتم النظر في أمرك للحصول على المساعدة المالية • قد يتم طلب دليل على الحسابات الجارية / حسابات التوفير (أو أي أصول أخرى) • لا يتم اعتبار طوابع الطعام دخلًا إلا أنه يجب أن يتم تسجيلها في سطر "بيان الدعم"

إذا كنت تقول أنك لا تحصل على أي دخل، فكيف يتم دعمك؟

الشهادة: من خلال التوقيع على هذه الوثيقة، أقر بأن الإجابات التي سجلتها في هذا الطلب صحيحة. في حالة أظهرت أي مراجعة تالية على طلب الحصول على المساعدة المالية للفرد أن المعلومات التي يقدمها الفرد غير صحيحة أو مخادعة، قد يتم إلغاء قرار إصدار المساعدة المالية وسيتم إصدار الفواتير للطرف المسؤول. أنا أدرك أن المعلومات التي أقدم بتقديمها تكون عرضة للتحقيق من خلال موفري الرعاية بالمستشفى، بما في ذلك وكالات الإبلاغ عن الائتمان، وتكون عرضة للمراجعة من خلال الوكالات الفيدرالية و / أو التابعة للولاية وغير ذلك من الجهات حسب الضرورة.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع مقدم الطلب أو من يمثلته: _____ العلاقة: _____ التاريخ: _____

(إذا لم تكن أنت المريض)

قم بإرسال الطلب المكتمل والوثائق المرفقة به إلى:

MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
DUKE DRIVE 4605
MASON, OH 45040