

مهم: يمكن أن تحصل على الرعاية المجانية أو مخفضة الثمن: إن إكمال هذا الطلب سيساعد AdventHealth في تحديد ما إذا كان يمكنك الاستفادة من الخدمات المجانية أو المخفضة أو البرامج العامة الأخرى التي يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. يُرجى تقديم هذا الطلب إلى العنوان المدرج في الرسالة التعريفية.

إذا لم يكن لديك تأمين، فإنه لا يلزم وجود رقم ضمان اجتماعي لكي تتأهل للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة. ومع ذلك، يلزم توافر رقم ضمان اجتماعي لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. لا يلزم توفير رقم ضمان اجتماعي، ولكن وجود سيساعد AdventHealth في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من أي برامج عامة أم لا. لن تتأثر نتيجة الطلب بإجابتك (أو عدم إجابتك) عن أي أسئلة بالطلب تم وضع علامة "اختياري" عليها.

يُرجى إكمال هذه الاستمارة وتقديمها إلى AdventHealth شخصياً أو عبر البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس، من أجل تقديم طلب للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة في أسرع وقت ممكن بعد تاريخ الخدمة. سنقبل طلبك لمدة تصل إلى 240 يوماً بعد إرسال أول كشف حساب متعلق برعايتك. إنك وبتقديمك لهذا الطلب تقر بأنك بذلت جهداً بحسن نية من أجل توفير كل المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة AdventHealth في تحديد ما إذا المريض كان مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا. إذا كانت لديك أي أسئلة حول عملية تقديم الطلب، فبإمكانك الاتصال بقسم الاستشارات المالية في AdventHealth لطرح الأسئلة أو المخاوف على الرقم 844-652-0600.

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية طلب الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو عملية المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام بولاية إلينوي. الخط الساخن المجاني لمكتب الرعاية الصحية هو 1-877-305-5145 (الهاتف النصي 1-800-964-3013).

معلومات المريض

(يُرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "لا ينطبق" إذا كان الخيار لا ينطبق على أي سطر فردي في الطلب)

التاريخ _____ رقم الحساب _____

الاسم (الأول واسم العائلة) _____

تاريخ الميلاد _____ الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

اختياري - الهوية الجنسية - أنت تعتبر نفسك: ذكرًا أنثى رجل عابر جنسياً/رجل متحول جنسياً/أنثى إلى ذكر (FTM)

امرأة عابرة جنسياً/امرأة متحوّلة جنسياً/ذكر إلى أنثى (MTF) حُر الهوية الجنسية/غير مطابق حصراً مع مفهومي الذكر والأنثى

فئة إضافية (أو أخرى) من الهوية الجنسية

اختياري - الهوية الجنسية: ما الجنس الذي تم إدراجه في شهادة ميلادك في الأصل؟ ذكر أنثى

اختياري - العرق: أبيض أسمر البشرة أو أمريكي من أصل أفريقي هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين هندي أسوي صيني فلبيني ياباني كوري

فييتنامي أسوي غير ما سبق من سكان هاواي الأصليين من سكان غوام أو شعب الشامورو من سكان ساموا من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

اختياري - الإثنية: من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني مكسيكي أو أمريكي مكسيكي أو شيكانو بورتوريكي كوبي من أصل هسباني أو لاتيني إسباني آخر

اختياري - اللغة - هل تتحدث لغة أخرى بخلاف الإنجليزية في المنزل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فأى لغة تتحدثها؟: _____

عنوان المراسلة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

اختياري - رقم الضمان الاجتماعي _____

جهة التوظيف _____ الحالة الوظيفية _____

رقم هاتف جهة التوظيف _____

معلومات الطرف المسؤول/معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المريض الوارد اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغاً.)

الاسم (الأول واسم العائلة) _____

تاريخ الميلاد _____ الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوان المراسلة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____

جهة التوظيف _____ الحالة الوظيفية _____

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج/الزوجة للمريض.)

الاسم (الأول واسم العائلة) _____

تاريخ الميلاد _____ الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوان المراسلة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____

جهة التوظيف _____ الحالة الوظيفية _____

رقم هاتف جهة التوظيف _____

الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج/الزوجة للمريض.)

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ الصلة بالطرف المسؤول _____

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ الصلة بالطرف المسؤول _____

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ الصلة بالطرف المسؤول _____

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____ الصلة بالطرف المسؤول _____

عدد الأشخاص البالغين والأطفال الذين يعيشون في المنزل _____

الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبلغ في الشهر لكل منها.)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها _____ النفقة	الدخل المكتسب لمقدم الطلب _____ دخل
الذي يتم تلقيها _____ الدخل	زوج/زوجة مقدم الطلب _____ امتيازات
من تأجير الممتلكات _____ قسائم	الضمان الاجتماعي _____ الدخل من
الطعام _____ توزيعات	المعاش/التقاعد _____ دخل
الأموال التي يتم تلقيها _____ غير ذلك	الإعاقاة _____ تعويضات
من مصادر الدخل _____ إجمالي	البطالة _____ تعويضات
الدخل الشهري بالدولار \$ _____	العمال _____ الدخل من
	الفوائد/الأرباح _____

نفقات المعيشة الشهرية

المرضى الذين يُفترض أنهم مؤهلين للاستفادة من المساعدة المالية كما هو موضح في سياسة المساعدة المالية لـ AdventHealth ليسوا مطالبين بإكمال هذا القسم.

رعاية الأطفال/النفقة _____ بطاقات	المرافق _____ الرهن / الإيجار
الائتمان _____ فواتير	الهاتف _____
الأطباء/المستشفيات _____ تأمين	الهاتف _____ (الخط الأرضي)
السيارة/المركبات _____ التأمين	_____ الخلوي
على المنزل/الممتلكات _____ التأمين	خط _____ البقالة/الطعام
الطبي/الصحي _____ التأمين	الكابل/الإنترنت/القمر الصناعي للتلفاز _____ مدفوعات
على الحياة _____ النفقات	رعاية _____ السيارة
الشهري الأخرى _____ إجمالي	_____ الأطفال
النفقات الشهرية بالدولار \$ _____	

الأصول

حسابات النقد/التوفير/الحسابات الجارية _____
الأسهم/السندات/الاستثمارات/شهادة (شهادات) الإيداع _____
العقارات الأخرى/المساكن الثانوية _____
المراكب/الدراجات النارية/المركبات الترفيهية _____
المركبات التي يقوم الهواء بتجميعها/المركبات غير الأساسية _____
مركبة _____ للمدخرات _____ للصحية/حساب _____ للإنفاق _____ المرن

أصرح لـ ADVENTHEALTH بالحصول على معلومات من وكالات إعداد تقارير الائتمان الخارجية. أقر أن المعلومات الموجودة في هذا الطلب صحيحة وسليمة حسب علمي. سأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة من الولاية أو مساعدة فيدرالية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في دفع فواتيري الطبية. أدرك أن ADVENTHEALTH قد تتحقق من المعلومات التي أقدم بتوفيرها، وأصرح لـ ADVENTHEALTH بالاتصال بالجهات الخارجية من أجل التحقق من دقة المعلومات التي يتم توفيرها في هذا الطلب. اردك أفهم أنني إذا قمت بتوفير معلومات غير صحيحة عن علم في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، ويمكن أن يتم إلغاء أي مساعدة مالية أحصل عليها، وسأكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة (الفواتير).

توقيع مقدم الطلب _____

التاريخ _____

التعليقات _____

خطاب الدعم

رقم السجل الطبي/رقم الحساب للمريض _____

اسم الداعم _____

الصلة بالمريض/مقدم الطلب _____

عنوان الداعم _____

AdventHealth: عناية

هذا الخطاب مرسل إليكم لإبلاغكم بأن (اسم المريض) يتلقى دخلاً ضعيفاً أو ليس له دخل وأنا أساعده في نفقات المعيشة الخاصة به/بها. وليس مفروضاً عليه إلا أقل الالتزامات أو ليس مفروضاً عليه أي التزامات تجاهي.

إنني، وبتوقيعي على هذا البيان، أقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم _____

التاريخ _____

عزيزي المريض/مقدم الطلب:

إن AdventHealth تقوم على التعاطف، وهي مخصصة لتقديم رعاية شخصية للجميع، وخاصةً الأكثر احتياجًا. إن مهمتنا وميزتنا تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضانا. لا تتوفر المساعدة المالية إلا في حالات الطوارئ وغيرها من حالات الرعاية الطبية الضرورية. نشكرك على ثقتك بنا في الاعتناء بك وبعائلتك لتقديم احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

نرسل إليكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، فيرجى تجاهل هذا الخطاب. الرجاء إكمال كلا الوجهين، بما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أكملت طلبًا خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة عليه للحصول على مساعدة مالية، فيرجى إبلاغنا بذلك. قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. لن نضع في اعتبارنا أي طلب سابق يتجاوز ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من عنصر واحد على الأقل من العناصر التالية كإثبات للدخل. إذا كنت متزوجًا أو عشت مع شخص آخر مهم لمدة 6 أشهر أو أكثر، فسوف يلزم أيضًا أن يقوم هذا الشخص بتقديم نسخة من واحد على الأقل من العناصر التالية كدليل على دخله قبل أن تتسنى لنا معالجة الطلب.

- نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملاً حرًا، فقم بتضمين جميع الجداول)
- خطاب منح الضمان الاجتماعي و/أو معاش التقاعد
- الإقرار الضريبي الأخير للوالد أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب تابعًا مدرجًا في نموذج الإقرار الضريبي الخاص بالوالد أو الوصي وكان عمره أقل من 25 عامًا
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى
- نسخ من بيانات الحسابات المصرفية عن آخر 3 شهور
- صورة من إيصال امتيازات البطالة

إذا كنت تتلقى المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، فيرجى حثهم على إكمال النموذج المرفق الذي يحمل اسم "خطاب الدعم". ولن يجعلهم ذلك مسؤولين عن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. بل سيساعد ذلك على إظهار مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

أخيرًا، يُرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية/الأدوية الشهرية المستحقة.

يُرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل كي يتسنى النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

يُرجى مراعاة أن الاتصالات باستخدام البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من ضعف احتمالية حدوث ذلك، إلا إنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قِبَل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. بحكم أن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

يُرجى إرسال الطلب المكتمل بعد طباعته عبر البريد إلى العنوان التالي:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يُرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم 888-693-2252.

مع أرق الأمنيات،

الخدمات المالية للمرضى
AdventHealth