

طلب مساعدة مالية

رقم (أرقام) حساب المريض:

مهم: قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة.

يساعد إكمال هذا الطلب مؤسسة نورث شور – إدوارد إلمهورست هيلث (NorthShore – Edward Elmhurst Health, NS-EEH) على تقرير إذا ما كان يمكنك تلقي خدمات مجانية أو مخفضة أو برامج عامة أخرى تعينك على دفع تكاليف رعايتك الصحية. إذا لم يكن مؤتمناً عليك، فلن يُطلب منك رقم الضمان الاجتماعي لتكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. ولكن يلزم وجود رقم الضمان الاجتماعي للاشتراك في بعض البرامج العامة، ويشمل ذلك برنامج Medicaid. لا يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي، ولكنه يساعد NS-EEH على تحديد مدى أهليتك لأي برامج عامة.

يرجى إكمال هذا النموذج في أقرب وقت ممكن بعد تاريخ تقديم الخدمة حتى تتمكن NS-EEH من الفصل بشأن أهليتك للمساعدة المالية. ستقبل NS-EEH طلبك في غضون مدة تصل إلى 240 يوماً من تاريخ إصدار بيان الفاتورة الأول للرعاية.

يقر المريض بأنه بذل جهداً بحسن نية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة NS-EEH في الفصل بشأن أهليته للمساعدة المالية.

التعليمات: أكمل الطلب كاملاً ووقع على التفويض لاعتماد المعلومات.					
معلومات عن مقدم الطلب					
عنوان البريد الإلكتروني					
حجم الأسرة (شاملاً المريض)					
اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	
عنوان الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل
اسم صاحب العمل	عنوان شارع صاحب العمل				
مدينة صاحب العمل	الولاية	الرمز البريدي	إجمالي الدخل الشهري	هاتف العمل	
العرق (اختياري)	المجموعة الإثنية (اختياري)	النوع الجنساني (اختياري)	اللغة المفضلة (اختياري)		
الزوج/الضامن أو والد (والدا) القاصر (إذا كان ينطبق)					
عنوان البريد الإلكتروني					
تاريخ الميلاد					
العائلة					
الاسم الأول					
الاسم الأوسط					
رقم الضمان الاجتماعي					
عنوان الشارع					
رقم الشقة					
المدينة					
الولاية					
الرمز البريدي					
هاتف المنزل					
اسم صاحب العمل					
عنوان شارع صاحب العمل					
مدينة صاحب العمل					
الولاية					
الرمز البريدي					
إجمالي الدخل الشهري					
هاتف العمل					

الأهلية الافتراضية:

يعد المرضى غير المؤمن عليهم الذين يستوفون أحد معايير الأهلية الافتراضية الواردة أدناه، سواء فردياً أو من خلال المعونات المقدمة لأسرهم، مؤهلين تلقائياً لتلقي **رعاية مجانية** ولن يُطلب منهم تقديم إثبات الدخل. نتحقق من الأهلية إلكترونياً ما أمكننا ذلك، لكننا قد نحتاج منك أن تساعدنا على إثبات أهليتك.

ضع علامة على كل ما ينطبق:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> برنامج التغذية التكميلية الخاص للنساء والرضع والأطفال (SPECIAL SUPPLEMENTAL NUTRITION PROGRAM FOR WOMEN, INFANTS AND CHILDREN, WIC) | <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) |
| <input type="checkbox"/> برنامج إيلينوي لتوفير الإفطار والغداء مجاناً (ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST) | <input type="checkbox"/> الحبس |
| <input type="checkbox"/> البرنامج الإيجاري التابع لهيئة تطوير الإسكان في إيلينوي (ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM) | <input type="checkbox"/> التشرد |
| <input type="checkbox"/> عجز عقلي مع غياب من يتصرف نيابة عن المريض | <input type="checkbox"/> المتوفى دون تركة |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة في سداد خدمات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LOW-INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) | <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الطبية المجتمعية (COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM) |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الطبية (GRANT ASSISTANCE FOR MEDICAL SERVICES) | <input type="checkbox"/> منحة المساعدة للخدمات الطبية (TANF: المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES)) |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الطبية المجتمعية (COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM) | <input type="checkbox"/> الإفلاس الشخصي (رقم الحالة _____ تاريخ الإعفاء _____) |
| <input type="checkbox"/> منحة المساعدة للخدمات الطبية (GRANT ASSISTANCE FOR MEDICAL SERVICES) | <input type="checkbox"/> الانتساب إلى طائفة دينية ونذر الفقر |

** إذا ثبتت الأهلية الافتراضية، فلن نحتاج إلى تقديم أي معلومات عن الدخل. ما زلت بحاجة إلى توقيع شهادة مقدم الطلب في الصفحة التالية.

رقم (أرقام) حساب المريض:

طلب مساعدة مالية

معلومات عن الدخل:

يرجى تقديم الوثائق المطلوبة أدناه (حيثما ينطبق ذلك). قد يتأخر طلبك أو يُرفض حال عدم تضمين أي من الوثائق المطلوبة.

يجب تقديم الوثائق الآتية من مقدم الطلب أو زوج/شريك مقدم الطلب، أو الوالد أو الوصي إذا كان مقدم الطلب/المريض قاصرًا. إذا تعذر تقديم أي وثائق تتعلق بدخلك، يرجى إكمال خطاب الدعم في الصفحة الأخيرة من هذا الطلب.

<p>يجب على جميع المتقدمين تقديم إثبات الإقامة في إلينوي، الذي يتضمن أيًا من الوثائق الآتية: بطاقة هوية سارية صادرة عن الولاية، أو فاتورة مرافق سكنية حديثة، أو عقد الإيجار، أو بطاقة تسجيل السيارة، أو بطاقة تسجيل الناخب، أو بريد آخر موجه إلى مقدم الطلب من جهة حكومية أو غيرها من الجهات الموثوقة، أو بيان من أحد أفراد الأسرة المقيمين في العنوان نفسه وأن يقدم إثباتًا للإقامة، أو خطاب من مأوى للمشردين، أو منزل متنقل، أو مرفق مماثل آخر.</p>
<p>إذا كنت موظفًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة و/أو نموذج W-2، أو 1099، وما إلى ذلك. • نُسخ من كعبي أحدث راتبين • نُسخ من أحدث كشف حساب لجميع الحسابات الجارية وحسابات التوفير والاتحاد الائتماني
<p>إذا كنت تعمل لحسابك الخاص:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة و/أو نموذج W-2، أو 1099، وما إلى ذلك. • نُسخ من أحدث كشف حساب لجميع الحسابات الجارية وحسابات التوفير والاتحاد الائتماني
<p>إذا كنت عاطلاً عن العمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة و/أو نموذج W-2، أو 1099، وما إلى ذلك. • نسخة من خطاب منحة البطالة يوضح مبلغ الإعانة المقدم لك • خطاب من صاحب العمل السابق مهوّرًا بتاريخ إنهاء العمل • خطاب تأكيد الدعم (أكمل الخطاب في الصفحة الأخيرة لهذا الطلب)
<p>إذا كنت طالبًا منتظمًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دليل الالتحاق بالكلية (يشمل ذلك خطاب من الكلية أو الجامعة يوضح حالة الانتظام، أو وثائق بالرسوم الدراسية/الوثائق المالية)
<p>إذا كنت متقاعدًا أو صاحب إعاقة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة و/أو نموذج W-2، أو 1099، وما إلى ذلك (حسب الاقتضاء) • نسخة من أحدث خطاب منحة مرسل من إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) يوضح المبلغ المخصص شهريًا • نُسخ من أحدث كشف حساب لجميع الحسابات الجارية وحسابات التوفير والاتحاد الائتماني
<p>إثبات الدخل الأخر غير الراتب:</p> <p>يجب توفير المعلومات الآتية إذا كان هذا البند ينطبق على وضعك المالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطاب نفقة الطفل أو الزوجة أو كليهما • الدخل الوارد من إيجار الممتلكات العقارية • الدخل الوارد من الاستثمار في الممتلكات العقارية • أي مصادر دخل أخرى غير واردة أعلاه

معلومات عن الأسرة/أهل البيت:

عدد أفراد الأسرة/أهل البيت	
عدد الأشخاص الذين يعولهم مقدم الطلب	
أعمار الأشخاص الذين يعولهم مقدم الطلب	

معلومات أخرى:

إذا كان لديك وثائق إضافية قد تساعد NS-EEH على اتخاذ قرار بشأن طلبك، مثل الفواتير الكبيرة المستحقة التي قد تثبت صانقتك المالية، يرجى تقديم هذه الوثائق (مثل فواتير الهاتف وفواتير الكهرباء والفواتير الطبية والكشوف المصرفية أو كشوف الحسابات الجارية، وما إلى ذلك).

رقم (أرقام) حساب المريض:

طلب مساعدة مالية

إقرار الطلب:

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة بحسب أفضل المعلومات المتوفرة لدي. سأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة على مستوى الولاية أو مساعدة فيدرالية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها لإعانتني على دفع فاتورة NS-EEH هذه. أدرك أن NS-EEH يحق لها التحقق من صحة المعلومات المقدمة، وأفوض NS-EEH بالتواصل مع جهات خارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. أدرك أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عمداً في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للمساعدة المالية، وقد تلغى أي مساعدة مالية ممنوحة لي وسأتحمل المسؤولية عن دفع فاتورة NS-EEH.

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ:

مكان تقديم الطلبات المكتملة:

المستشفى:	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks	Northwest Community Hospital	Swedish Hospital	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital
البريد:	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877
عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني أو بوابة الخدمات الإلكترونية للمرضى:	(331) 221-2704 أو إرسال بريد إلكتروني إلى financialassistance@eehealth.org	أو (847) 618-4549 التحميل إلى NCH MyChart	(773) 878-6838 أو التحميل إلى NorthShore Connect	أو (847) 982-6957 التحميل إلى NorthShore Connect
عبر الهاتف:	(866) 756-8348	(847) 618-4542	(773) 989-3841	(847) 570-5000
شخصياً:	يجب إرسال الطلبات المكتملة والوثائق الداعمة إلى الاستشاري المالي التابع للمستشفى من خلال زيارة المستشفى الذي تتقدم بطلب لتلقي المساعدة منها.			
يمكن إبلاغ مكتب الرعاية الصحية التابع للمدعي العام بولاية إلينوي بشأن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بإجراءات طلب الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو إجراءات المساعدة المالية للمستشفى من خلال الرقم 1-877-305-5145 أو عبر البريد الإلكتروني illinoisattorneygeneral.gov				

إفادة بدعم المأكل والمسكن / خطاب تأكيد الدعم

يكمل هذا النموذج الشخص الذي يوفر المأكل والمسكن أو الدعم المالي أو كليهما ويجب إكماله لصالح مقدم الطلب فقط إذا كان يعيش مع شخص آخر غير زوجه القانوني

أقر أنا، _____ ، بأنني أوفر ما يأتي في الوقت الحالي (حدّد كل ما ينطبق)

- الدعم المالي
 المأكل والمسكن

لصالح _____ على مدار _____
الأخيرة

أخلي مسؤوليتي عن النفقات الطبية التي يتكبدها الشخص المذكور أعلاه

العنوان الذي أوفر فيه المأكل والمسكن

أقدم إعانة نقدية قدرها _____ دولار في الأسبوع/الشهر (ضع دائرة حول ما ينطبق)

دعم آخر (يرجى التوضيح) _____

اسم الشخص الذي يقدم الدعم وعنوانه (يرجى الكتابة بحروف واضحة)

الاسم: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

توقيع مقدم الدعم: _____ التاريخ: _____

طلب مساعدة مالية

رقم (أرقام) حساب المريض: _____

التحقق من الأجر المكتسب من صاحب العملهذا بيان يؤكد أن _____ موظف لدى
(اسم الموظف)منذ _____
(اسم صاحب العمل) (تاريخ التوظيف)وأن _____ يحصل على إجمالي دخل (قبل الاستقطاعات
(اسم الموظف)

أو ضرائب أو ضمان اجتماعي أو تأمين، أو ما إلى ذلك) بقيمة _____ دولار.

ويُدفع هذا المبلغ:

- أسبوعيًا
 كل أسبوعين
 مرتين شهريًا
 شهريًا
 سنويًا

توقيع صاحب العمل / _____
المسمى الوظيفي التاريخ: _____العنوان _____
الولاية _____
الرمز البريدي _____
رقم الهاتف _____