

طلب المساعدة المالية

رقم (أرقام) حساب المريض:

هام: قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو بسعر مخفض.

سيساعد إكمال هذا التطبيق النظام الصحي لجامعة نورث شور (نورث شور) على تحديد ما إذا كان بإمكانك تلقي خدمات مجانية أو مخفضة أو برامج عامة أخرى يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. إذا لم يكن لديك تأمين صحي، فلا يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. إلا أنه يلزم تقديم الضمان الاجتماعي للاستفادة ببعض البرامج العامة، مثل برنامج ميديكيد. وعلى الرغم من عدم ضرورة تقديم رقم الضمان الاجتماعي إلا أنه سيساعد نورث شور في تحديد مدى أهليتك للحصول على أي برنامج من البرامج العامة.

يُرجى إكمال هذا النموذج في أقرب وقت ممكن بعد تاريخ الخدمة حتى تحدد نورث شور مدى أهليتك للحصول على المساعدة المالية. وستقبل نورث شور طلبك لمدة تصل إلى 240 يومًا بعد بيان الفواتير الأولى نظير الرعاية الصحية المقدمة.

يقر المريض/المريضة بأنه/بأنها بئ/بذلت بهذا صادقًا لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة نورث شور في تحديد مدى أهلية المريض/المريضة للحصول على المساعدة المالية.

التعليمات: أكمل الطلب بالكامل ووقع على التصريح للتحقق من المعلومات.				
معلومات الطلب				
عدد أفراد الأسرة (بمن فيهم المريض)		عنوان البريد الإلكتروني		
رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الاسم الأوسط	الاسم الأول	اسم العائلة
هاتف المنزل	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	رقم الشقة
الهاتف الخليوي		اسم رب العمل		
هاتف العمل		عنوان شارع رب العمل		
الذخ الشهرية الإجمالي		الرمز البريدي	الولاية	مدينة رب العمل
الزوج/الضامن أو ولي الأمر (أولياء الأمور) للقصر (عند الاقتضاء)				
تاريخ الميلاد		عنوان البريد الإلكتروني		
العلاقة بالمريض		اسم العائلة		
رقم الضمان الاجتماعي	الاسم الأوسط	الاسم الأول	الاسم الأول	اسم العائلة
هاتف المنزل	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	رقم الشقة
الهاتف الخليوي		عنوان شارع رب العمل		
هاتف العمل		الرمز البريدي	الولاية	مدينة رب العمل

الأهلية الافتراضية:

يُعتبر المرضى الذين لا يملكون تأمينًا صحيًا ويظهرون أحد معايير الأهلية الافتراضية المدرجة أدناه بشكل فردي أو من خلال المزايا المقدمة لعائلاتهم مؤهلون تلقائيًا لتلقي رعاية مجانية ولن يُطلب منهم أي مستندات لإثبات الدخل. ونتحقق من أهليتك إلكترونيًا إذا أمكن ذلك، ولكن قد نحتاج إلى مساعدتك لإثبات أهليتك.

يُرجى وضع العلامة بقدر ما ينطبق:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> LIHEAP: برنامج المساعدة في مجال الطاقة المنزلية منخفض الدخل                               | <input type="checkbox"/> ويك (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال)                  |
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الطبية المجتمعية  | <input type="checkbox"/> برنامج مساعدة التغذية التكميلية  |
| <input type="checkbox"/> منح المساعدة للخدمات الطبية   | <input type="checkbox"/> برنامج الغذاء والفطور المجاني في إلينوي                                |
| <input type="checkbox"/> TANF: برنامج المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة   | <input type="checkbox"/> مسجون  |
| <input type="checkbox"/> الإفلاس الشخصي (الفضية رقم _____ تاريخ الإعفاء _____)                                     | <input type="checkbox"/> مشرد   |
| <input type="checkbox"/> الانتماء إلى نظام ديني والتعهد بالفقر   | <input type="checkbox"/> متوفى بلا تركة   |
| <input type="checkbox"/> أهلية برنامج ميديكيد، ولكن ليس في تاريخ الخدمة أو الخدمة غير المشمولة بالتغطية التأمينية. | <input type="checkbox"/> أهلية برنامج دعم الإسكان الإيجاري التابع لهيئة تنمية الإسكان في إلينوي |
| <input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية مع عدم وجود من يتصرف بالنيابة عن المريض                                   | <input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية مع عدم وجود من يتصرف بالنيابة عن المريض                |

\*\* إذا أثبتت الأهلية الافتراضية، فلن نحتاج إلى تقديم أي معلومات عن الدخل. ولكنك ما زلت بحاجة إلى التوقيع على شهادة مقدم الطلب في الصفحة التالية.

## طلب المساعدة المالية

رقم (أرقام) حساب المريض: \_\_\_\_\_

### معلومات الدخل:

يُرجى تقديم المستندات المطلوبة أدناه (عند الاقتضاء). قد يتأخر الطلب أو يُرفض تمامًا في حالة عدم تضمين أي من المستندات المطلوبة.

يجب تقديم المستندات التالية لمقدم الطلب أو زوج/شريك مقدم الطلب أو ولي الأمر أو الوصي إذا كان مقدم الطلب/المريض قاصرًا. وإذا لم تتمكن من تقديم أي مستندات تثبت دخلك، فيُرجى إكمال خطاب الدعم في الصفحة الأخيرة من هذا الطلب.

<p>يجب على جميع المتقدمين تقديم دليل على الإقامة في البتوي، والذي يتضمن أيًا مما يلي: بطاقة هوية سارية صادرة عن الدولة أو فاتورة مرافق سكنية حديثة أو عقد إيجار أو بطاقة تسجيل السيارة أو بطاقة تسجيل الناخبين أو بريد آخر موجه إلى مقدم الطلب من الحكومة أو مصدر آخر موثوق به، أو بيان من أحد أفراد الأسرة الذي يقيم في نفس العنوان ويقدم التحقق من الإقامة، أو خطاب من مأوى للمشردين أو منزل انتقالي أو مرفق مماثل آخر.</p>
<p><b>إذا كنت موظفًا:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة</li> <li>• نسخ من أحدث كعبيين لشيكات المدفوعات</li> <li>• نسخ من أحدث كشفين لجميع الحسابات الجارية والادخار والاتحاد الائتماني</li> </ul>
<p><b>إذا كنت تعمل لحسابك الخاص:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة</li> <li>• نسخ من أحدث كشفين لجميع الحسابات الجارية والادخار والاتحاد الائتماني</li> </ul>
<p><b>إذا كنت عاطلاً عن العمل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة</li> <li>• نسخة من خطاب مكافأة نهاية الخدمة الذي يوضح مبلغ الإعانة</li> <li>• خطاب من رب العمل السابق مع تاريخ الإنهاء</li> <li>• تأكيد خطاب الدعم (الخطاب الكامل في الصفحة الأخيرة من هذا الطلب)</li> </ul>
<p><b>إذا كنت طالبًا بدوام كامل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إثبات على الالتحاق بالكلية (متضمنًا خطابًا من الكلية أو الجامعة يوضح حالتك بدوام كامل، أو الرسوم الدراسية/المستندات المالية)</li> </ul>
<p><b>إذا كنت متقاعدًا أو عاجزًا:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نسخة من إقرارك الضريبي للسنة السابقة (إن أمكن)</li> <li>• نسخة من أحدث خطاب منح لك من إدارة الضمان الاجتماعي يوضح مبلغ الإعانة الشهرية</li> <li>• نسخ من أحدث كشفين لجميع الحسابات الجارية والادخار والاتحاد الائتماني</li> </ul>
<p><b>إثبات دخل آخر بخلاف المرتب:</b></p> <p>يُرجى تقديم المعلومات التالية، إن وجدت، لإثبات وضعك المالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطاب إعالة الزوج والطفل أو أيٍّ منهما</li> <li>• دخل العقارات المؤجرة</li> <li>• دخل العقارات الاستثمارية</li> <li>• أي مصادر دخل أخرى غير المصادر المذكورة أعلاه</li> </ul>

### معلومات العائلة/الأسرة المعيشية:

عدد الأفراد في العائلة/الأسرة المعيشية	
عدد الأشخاص الذين يتولى مقدم الطلب إعالتهم	
أعمار الذين يعولهم مقدم الطلب	

### معلومات أخرى:

إذا كنت تملك مستندات إضافية قد تساعد نورث شور في اتخاذ قرار بشأن طلبك، مثل الفواتير الكبيرة المستحقة التي من شأنها أن تثبت وجود ضائقة مالية، فيُرجى تقديم هذه المستندات (على سبيل المثال: فواتير الهاتف وفواتير الكهرباء والفواتير الطبية والبيانات البنكية أو كشوف الحسابات وغيرها من المستندات)

**تصديق الطلب:**

أشهد بصحة المعلومات الواردة في هذا الطلب ودقتها حسب علمي لها. وسوف أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها للمساعدة في دفع فاتورة نورث شور. وأعي أن المعلومات المقدمة قد تتحقق نورث شور من صحتها، وأفوض نورث شور للتواصل مع جهات خارجية للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. كما أعي أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة في هذا الطلب عن عمد، فلن أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية؛ وقد تُلغى أي مساعدة مالية مُقدمة لي وسأتحمل سداد فاتورة نورث شور.

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ:

هل تحتاج إلى المساعدة؟ يُمكننا تقديم المساعدة.	إرسال الطلبات المكتملة عن طريق:
<p>يُرجى الاتصال على الرقم 570-5000 (847)</p> <p>أو مقابلة المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مكتب التسجيل المركزي بالمستشفى</p>	<p><b>البريد:</b> النظام الصحي لجامعة نورث شور الخدمات المالية للمرضى ص.ب. 1006، جناح رقم 330 سكوكي، إلينوي 60076-9877</p> <p><b>الفاكس:</b> (847) 982-6957</p> <p><b>الحضور الشخصي:</b> يُرجى الحضور إلى المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مكتب التسجيل المركزي بالمستشفى</p>
<p>بالنسبة للمستشفى السويدي:</p> <p>يُرجى الاتصال على الرقم 989-3841 (773)</p> <p>أو مقابلة المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مركز الخدمات المالية</p>	<p><b>بالنسبة للمستشفى السويدي:</b></p> <p><b>البريد:</b> المستشفى السويدي مركز الخدمات المالية 5145 نورث كاليفورنيا أفينيو شيكاغو، إلينوي 60625</p> <p><b>الفاكس:</b> (773) 878-3838</p> <p><b>الحضور الشخصي:</b> يُرجى الحضور إلى المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مركز الخدمات المالية</p>
<p>بالنسبة لمستشفى نورث ويست المحلي:</p> <p>يُرجى الاتصال على الرقم 618-4542 (847)</p> <p>أو مقابلة المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مركز خدمات المرضى</p>	<p><b>بالنسبة لمستشفى نورث ويست المحلي:</b></p> <p><b>البريد:</b> مستشفى نورث ويست المحلي مركز خدمات المرضى عناية: الاستشارات المالية 800 غرب الطريق المركزي. أرلينغتون هايتس، إلينغتون 60005</p> <p><b>الفاكس:</b> (847) 618-4549</p> <p><b>الحضور الشخصي:</b> يُرجى الحضور إلى المستشار المالي بالمستشفى من خلال زيارة مركز خدمات المرضى</p>
	<p>يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية طلب الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو عملية المساعدة المالية باله إلى مكتب الرعاية الصحية للنائب العام لإلينوي على الرقم 1-877-305-5145 أو <a href="http://illinoisattorneygeneral.gov">illinoisattorneygeneral.gov</a></p>

تصريح التغذية والمسكن/ خطاب تأكيد الدعم

يتعين على الشخص الذي يقدم التغذية والمسكن إكمال هذا النموذج ويتعين إكماله لمقدم الطلب فقط إذا كان يعيش مع شخص آخر غير زوجته/زوجها القانوني

أقدم حاليًا التغذية والمسكن للسيد/السيدة \_\_\_\_\_

(يُرجى كتابة اسم مقدم الطلب)

العنوان حيث يتم تقديم التغذية والمسكن

\_\_\_\_\_

أقدم بدلًا نقديًا قدره \_\_\_\_\_ دولارًا أمريكيًا أسبوعيًا/شهريًا (يُرجى وضع دائرة على أحدهما)

تقدم دعمًا آخر (يُرجى التوضيح) \_\_\_\_\_

اسم مقدم الدعم وعنوانه (يُرجى كتابة الاسم بحروف واضحة)

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

رقم

الهاتف: \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الدعم: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_