

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020	St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>
اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية	الصفحة: 1 من 9

تهدف هذه السياسة إلى الامتثال لسياسة المساعدة المالية الذي يتطلبه قسم الإيرادات الداخلية رقم 501(ر). وترسخ هذه السياسة إطار عمل تعمل من خلاله شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية (SDHP) على تحديد المرضى الذين قد يستحقون المساعدة المالية فيما يتعلق بحالات الطوارئ والرعاية الضرورية من الناحية الطبية.

ولضمان اطلاع جميع المرضى بشكل كاف على هذه السياسة، فقد اضطلعت شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية بما يلي:

- توفير معلومات حول سياسة المساعدة المالية وملخص للسياسة بلغة واضحة وتعليمات وطلب المساعدة المالية لملئه وذلك على الموقع الإلكتروني الخاص بشراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية على: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>
- حصول المرضى عند التسجيل على وثيقة تصف مدى توفر الخصم غير المؤمن بالإضافة إلى خيارات الخصم الأخرى التي قد تكون متاحة (مستند رقم 1).
- يتوفر طلب المساعدة المالية في المرافق وعن طريق البريد.
- توجد لافتات تقدم معلومات حول المهمة الخيرية والمبادئ التوجيهية في جميع نقاط تقديم الطلبات.
- يتم تقديم وثيقة المريض بعنوان "دليل فاتورة المستشفى الخاصة بك" إلى المرضى. حيث تشرح هذه الوثيقة عملية إعداد الفاتورة كما تقدم معلومات حول سياسة المساعدة المالية.
- تقديم ملخص لهذه السياسة إلى المؤسسات المحلية غير الهادفة للربح التي توجد على مقربة من مستشفيات شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية.

نظام استحقاق الرعاية الخيرية

الطلب. من أجل التأهل للرعاية الخيرية ، يتطلب SDHP إكمال طلب المساعدة المالية SDHP (الشكل 2). قد يستخدم SDHP التحقق الإلكتروني من بائع طرف ثالث (أي منهجية تسجيل الائتمان) لتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لم يستوفوا متطلبات إكمال طلب المساعدة المالية.

يتوفر طلب المساعدة المالية وسياسة المساعدة المالية وملخصاً مبسطاً لسياسة المساعدة المالية عند طلب كتابي على العنوان التالي (يرجى تحديد اللغة الإنجليزية أو الإسبانية أو الفيتنامية أو الصينية المبسطة أو الكورية أو العربية). وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يمكنك الاتصال بخدمات حساب المرضى على العنوان المبين أدناه أو عن طريق الاتصال على رقم الهاتف المدرج أدناه:

Patient Account Services
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 2 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

1025-396-866	مستشفى جورج تاون
3547-291-866	مستشفى القلب بأوستن
2015-391-866	مركز شمال أوستن الطبي
2017-391-866	مركز راوند روك الطبي
2018-391-866	مركز جنوب أوستن الطبي
2021-391-866	مركز سانت ديفيد الطبي
3304-890-855	مستشفى سانت ديفيد الجراحية

يسمح الطلب بجمع المعلومات بما يتفق مع قانون الولاية ومجموعة متطلبات الدخل والمستندات الموضحة أدناه. سوف تحاول شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية إعادة التحقق مع المريض أو الطرف المسؤول عنه من الطلب ومعلومات الدخل لكل لقاء لاحق؛ غير أنه ينبغي الحصول على طلب جديد ومستندات داعمة جديدة بعد مرور اثني عشر شهرًا.

حساب أفراد الأسرة المباشرين يجب على المرضى الذين يطلبون مساعدة مالية التحقق من عدد الأفراد في أسرهم.

البالغين. عند حساب عدد أفراد الأسرة بأسرة المريض البالغ، يجب تضمين المريض وزوج المريض وأي معالين لديه.

القُصَّر. عند حساب عدد أفراد الأسرة بأسرة المريض القاصر، يجب تضمين المريض والدة المريض والمعالين لدى والدة المريض ووالد المريض والمعالين لدى والد المريض.

حساب الدخل. يجب على المرضى تقديم الدخل السنوي للأسرة.

البالغين. بالنسبة للبالغين، يُقصد بمصطلح "الدخل السنوي" فيما يتعلق بأغراض تصنيفهم كمعوزين من الناحية المالية أو معوزين من الناحية الطبية وفق هذه السياسة، مبلغ مجموع الدخل السنوي الإجمالي للمريض وزوج المريض.

القُصَّر. إذا كان المريض قاصرًا، فإن مصطلح "الدخل السنوي" يعني مجموع الدخل السنوي الإجمالي للمريض والدة المريض ووالد المريض.

التحقق من الدخل يجب على المرضى أو الطرف المسؤول التحقق من الدخل المذكور في طلب المساعدة المالية بما يتفق مع متطلبات المستندات الموضحة أدناه.

متطلبات المستندات. يجوز التحقق من الدخل المذكور في طلب المساعدة المالية عن طريق أي من الآليات التالية:

مؤشرات الدخل. عن طريق تقديم طرف ثالث المستندات المالية التي قد تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، نموذج "W-2 IRS"، أو بيان الأجور والضرائب، أو تحويل الراتب، أو الإقرارات الضريبية الفردية، أو التحقق عبر الهاتف من صاحب العمل، أو الكشوفات البنكية، أو تحويلات سداد الضمان

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 3 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

الاجتماعي، أو إشعارات سداد التأمين ضد البطالة، أو خطابات تحديد تعويضات البطالة، أو التحقق الإلكتروني من بائع خارجي (مثل منهجية النقاط الائتمانية). بالإضافة إلى ذلك، تنظر الشركة إلى التركيبة السكانية الاقتصادية للرمز البريدي الذي يقطن فيه المريض.

المشاركة في برنامج المزايا العامة. من خلال تقديم المستندات التي توضح المشاركة الحالية في أحد برامج المزايا العامة مثل برنامج ميديكيد (Medicaid) أو برنامج (County Indigent Health Program) أو برنامج (AFDC) أو قسائم المعونة الغذائية أو برنامج خدمات النساء والرضع والأطفال (WIC) أو برنامج (Texas Healthy Kids) أو برنامج التأمين الصحي للأطفال أو غيرها من البرامج المماثلة الأخرى المتعلقة بالعوز. ويكون إثبات المشاركة في أي من البرامج المذكورة أعلاه مطلوباً بجانب طلب المساعدة المالية بعد ملئه.

إجراءات التحقق. عند تحديد الدخل الإجمالي للفرد، فقد تنظر شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية إلى الأصول والخصوم المالية الأخرى الخاصة بالمريض وكذلك دخل أسرة المريض وقدرة أسرة المريض على السداد. إذا تم تحديد أن المريض لديه القدرة على دفع ما تبقى من الفاتورة، فإن هذا القرار لا يمنع إعادة تقييم قدرة المريض على الدفع عند تقديم وثائق إضافية.

التصنيف في انتظار التحقق من الدخل. يجوز أن تنظر شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية في طلب المساعدة المالية في أي وقت قبل تواريخ الخدمة أو خلالها أو بعدها. ويمكن معاملة المريض، خلال عملية التحقق وأثناء جمع شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية المعلومات اللازمة لتحديد دخل المريض، كمرضى يتحمل نفقته الخاصة وفق سياسات شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية.

المعلومات غير المتسقة أو غير المكتملة. لا تقيد هذه السياسة بأي شكل من الأشكال قدرة شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية على إجراء العناية الواجبة الإضافية فيما يتعلق بقدرة المريض على السداد إذا بدت المعلومات التي قدمها المريض أثناء عملية تقديم الطلب غير متسقة أو غير مكتملة. فعلى سبيل المثال، قد تختار شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية الاستفسار عن سبب الإبلاغ عن عدد قليل من الأصول أو عدم الإبلاغ عن أي أصول إذا كان دخل المريض عالياً.

تزييف المعلومات. قد يسفر تزييف المعلومات عن رفض طلب المساعدة المالية. وإذا وجدت شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية بعد منح المريض المساعدة المالية أن التقديم المادي لطلب المساعدة المالية غير صحيح، فيجوز أن تلغي حالة الرعاية الصحية وأن تسحب المساعدة المالية.

تصنيف العوز المالي
يُقصد بالعوز المالي أي شخص غير مؤمن عليه أو ذي تأمين غير كامل يتم قبوله للحصول على الرعاية بدون التزام أو بالتزام مخفض للسداد مقابل الخدمات المقدمة بناءً على نظام استحقاق الرعاية الخيرية.

التصنيف. لا يجوز أن يُمنح المرضى تصنيف العوز المالي إلا إذا كان دخلهم السنوي أقل من أو يساوي 200% من المبادئ التوجيهية لتعريف الفقر التي تتولى الولايات المتحدة تحديثها في السجل الفيدرالي بوزارة الصحة

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 4 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

و الخدمات الإنسانية ("المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر"). يجب تطبيق المبادئ التوجيهية الفيدرالية المحدثة لتعريف الفقر في بداية اليوم الأول من الشهر الذي يلي إصدارها.

تصنيف العوز الطبي يُقصد بالعوز الطبي المريض الذي تتجاوز فواتيره الطبية أو فواتير المستشفى الخاصة به نسبة مئوية معينة من الدخل السنوي للشخص غير القادر على سداد الفاتورة المتبقية وذلك بعد أن يسدها دافعي طرف ثالث.

التقييم الأولي. للنظر في التصنيف كمريض معوز طبيًا، يجب أن يتجاوز المبلغ المستحق على المريض بعد الدفع من قبل جميع دافعي الطرف الثالث عشرة بالمائة (10٪) من الدخل السنوي للمريض ويجب ألا يكون المريض قادرًا على دفع الفاتورة المتبقية. إذا لم يحقق المريض معايير التقييم الأولي، فقد لا يُوضع المريض ضمن تصنيف العوز الطبي.

القبول. يجوز أن تُقبل شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية المريض الذي يستوفي معايير التقييم الأولي للعوز الطبي وتتوافر فيه مجموعة المعايير الموضحة أدناه:

(i) **تراوح الدخل السنوي ما بين 200% و 500% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر.**

يجب أن يكون دخل المريض أكبر من 200% ولكن أقل من أو يساوي 500% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر. وفي هذه الأمثلة، سوف تتولى شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية تحديد مبلغ المساعدة الخيرية المالية الممنوحة إلى هؤلاء المرضى بناءً على الدخل السنوي للمريض مقارنة بالمبادئ التوجيهية لتعريف الفقر التي تتولى الولايات المتحدة تحديثها بصفة سنوية في السجل الفيدرالي بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية ("المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر"). سوف يختلف مقدار الخصم من 40 إلى 90%. وسوف يُطبق الخصم غير المؤمن على الرصيد المتبقي المستحق بعد تطبيق الخصم الخيري.

(ii) **العوز الطبي الكارثي.** قد يُوضع المرضى الذين يدينون بحسابات مستحقة كبيرة بشكل غير طبيعي

ضمن تصنيف العوز الكارثي عندما يتجاوز الرصيد المتبقي نسبة مئوية محددة من دخلهم. وفي هذه الحالات، سوف تتولى شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية تحديد مبلغ المساعدة المالية من خلال حساب المبلغ اللازم لخفض الرصيد المتبقي إلى نسبة مئوية معقولة من دخل المريض الذي يتراوح ما بين 10 إلى 40%. يُرجى الرجوع إلى قسم "إجراءات الموافقة" المبين أدناه حيث يستطيع المريض أن يحصل على مزيد من المعلومات المتعلقة بهذا الحساب.

إجراءات الموافقة. سوف تعمل شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية مع جميع المرضى غير المؤمن عليهم لتحديد مدى استحقاقهم للمساعدة الطبية أو الخيرية وذلك وفق ما هو مبين في "وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه" المرفقة باسم مستند رقم 1. وسوف يتم إخطار المرضى عن طريق البريد باستحقاقهم للمساعدة المالية بمجرد الانتهاء من مراجعة الطلب وتجهيزه. عند مراجعة طلب الموافقة، سوف تتخذ إدارة مركز الخدمة المشتركة (SSC) قرارها بشأن الاستحقاق على أن يتضمن ذلك التقرير بأنه قد تم بذل جهود معقولة لاتخاذ قرار بشأن الاستحقاق. ويمكن للمدير إجراء مزيد من التحقيق حول مدى توفر معلومات تتعلق بالأصول وغيرها بهدف تحديد مدى قدرة المريض على السداد أو إجراء مزيد من التحقيق بشأن تأهيل المريض للحصول على تمويل حكومي أو غير ذلك من أشكال التمويل.

St David's HEALTHCARE

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 5 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

في حالة عدم تأهيل المريض للمساعدة الخيرية ، أو إذا كان المريض مسؤولاً عن جزء من الرصيد بعد تطبيق المساعدة الخيرية ، فسيتم تطبيق الخصم غير المؤمن عليه أو الخصومات الأخرى السارية على الحساب. ولن يتجاوز المبلغ المستحق عامة المبالغ الواردة بالفواتير الصادرة إلى المرضى إضافة إلى التأمين المحدد باستخدام نظرية النظر إلى الوراء الموضحة في لوائح خدمة الإيرادات الداخلية. ويجوز للمرضى طلب المعلومات المتعلقة بهذا الحساب من خلال تقديم طلب على العنوان التالي:

Patient Account Services
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

حفظ الحقوق

تحتفظ شركة سانت ديفيد للرعاية الصحية بالحق في تقييد أو رفض المساعدة المالية وفق تقديرها وحدها.

الخدمات غير المشمولة

مرفق بالمستند رقم 3 الملحق بهذا الاتفاق والدمج فيه عن طريق الإحالة قائمة خاصة بمقدمي الرعاية الذين يقدمون خدمات طارئة أو غير ذلك من الخدمات الضرورية من الناحية الطبية بمستشفيات شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية. ويحدد المستند رقم 3 مقدمي الرعاية المشمولين وغير المشمولين بسياسة المساعدة المالية. ولكن مقدمو الإجراءات الاختيارية أو غير ذلك من أشكال الرعاية غير الطارئة أو الضرورية من الناحية الطبية غير مشمولين بسياسة المساعدة المالية. ويتم تحديث المستند رقم 3 المرفق بصفة شهرية.

يجوز أن يحصل أفراد الجمهور على نسخة من المستند رقم 3 بعد تقديم طلب خطي على العنوان التالي: خدمات محاسبة المرضى ، PO Box 292369, Nashville, TN 37229-2369 ؛ أو عن طريق الاتصال برقم هاتف المنشأة المذكور في سياسة المساعدة المالية. يمكن للمرضى أيضاً تنزيل نسخة من المعرض 3 من هذا الموقع: <https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>

العنوان: سياسة المساعدة المالية

St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 6 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

مستند رقم 1

اسم المريض: _____ رقم الحساب: _____

وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

تهدف هذه الوثيقة إلى مساعدة المرضى غير المؤمن عليهم على فهم الجوانب المالية الخاصة برعايتهم الصحية. ولن يكون المرضى المضمونون بخدمة الميابة أو التزام طرف ثالث أو غير ذلك من أشكال التعويض التي قد تصدر فواتير خاصة لن يكون مؤهلين للحصول على الخصم غير المؤمن عليه.

كما تقدم هذه الوثيقة الخيارات المتاحة لمساعدتكم في تسوية حسابكم. وسعيًا منها إلى مساعدة المرضى غير المؤمن عليهم، سوف تتولى إدارة الرعاية الصحية (HCA) تطبيق الخصم على حسابكم ثم ستعمل معكم على تسوية الرصيد المتبقي بالحساب.

وفيما يلي معلومات تحدد كيفية التعامل مع حساب المريض غير المؤمن عليه إلى جانب خيارات الخصم التي قد تكون متاحة أمامكم. إذا كنت قد خضعت إلى إجراء تجميلي أو إجراء يسعر موحد، فلن تُطبق هذه الخصومات. وبخلاف ذلك، فإن إدارة الرعاية الصحية تطبق الخصم على جميع فواتير غير المؤمن عليهم. ومن المتوقع أن يُدفع الرصيد المخصوم المستحق على الحساب بالكامل عند تقديم الخدمة.

ويتم تطبيق إجمالي الرسوم المستحقة عن الخدمات المقدمة على الحساب ويتم تطبيق الخصم غير المؤمن على إجمالي الرسوم ومن ثم تقليل رصيد الحساب، وإذا لم تكن قادرًا على سداد رصيد الحساب المخصوم بالكامل، فسوف نعمل معكم على وضع ترتيبات قهرية للسداد.

وإذا لم يكن بإمكانكم وضع ترتيبات قهرية للسداد، فسوف نساعدكم في التقدم بطلب الحصول على مساعدة ميديكيد وفي حالة الحصول على مساعدة ميديكيد، فسوف نصدر فاتورة إليهم وسوف تكون مسؤولاً فقط عن أي رسوم غير مشمولة.

أما في حالة استحقاق الحصول على مساعدة ميديكيد، فيمكنك ملء طلب المساعدة المالية وتقديم المستندات الداعمة حسب الحاجة ومراجعة هذه الزيارة لتحديد ما إذا كانت تستحق خصمًا خيريًا محتملاً.

وإذا كنت تستحق الحصول على خصمًا خيريًا بناءً على المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر، فسوف يُعتبر أنه قد تم سداد حسابكم بالكامل. أما إذا لم تحقق المبادئ التوجيهية الفيدرالية اللازمة لتعريف الفقر، فسوف تكون بحاجة لوضع ترتيبات لتسوية فاتورتك على الفور.

تقدم إدارة الرعاية الصحية خصمًا بنسبة 100% على الخصومات الخيرية المعتمدة. وسوف تحصل جميع الحسابات الأخرى غير المؤمن عليها على خصم جزئي.

توقيع المريض / الطرف المعوول _____ التاريخ _____

توقيع الشاهد _____ التاريخ _____

627.SSD.FT.COLL وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه
نسخة PAS - توقيع على الملف

وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

تاريخ الميلاد: _____
 الأول. مركز سانت ديفيد الطبي

العنوان: سياسة المساعدة المالية

St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital <input checked="" type="checkbox"/>	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 7 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

مستند رقم 2	1 من 2																							
طلب المساعدة المالية الخاص بشراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية																								
رقم الحساب للمريض	اسم المريض																							
رقم الهاتف	رقم الضمان الاجتماعي																							
رقم البريد الإلكتروني	صاحب العمل (الاسم والعنوان ورقم الهاتف)																							
اسم الزوج	رقم الضمان الاجتماعي																							
والتاريخ (إذا كان المريض قاصراً)	رقم الضمان الاجتماعي																							
والدة المريض (إذا كان المريض قاصراً)	رقم الضمان الاجتماعي																							
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)																							
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)																							
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)																							
<p>A. الأجر: يُرجى ذكر الأجر الذي يتقاضاه كل شخص من الأشخاص التاليين بأسررتكم.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>اسم المريض</th> <th>مبلغ الأجر</th> <th>شهر</th> <th>ساعة</th> <th>مبلغ الأجر</th> <th>شهر</th> <th>ساعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الوالد المريض (إذا كان المريض قاصراً)</td> <td>\$</td> <td>شهر</td> <td>ساعة</td> <td>الوالدة المريض (إذا كان المريض قاصراً)</td> <td>\$</td> <td>شهر</td> <td>ساعة</td> </tr> <tr> <td>الزوج</td> <td>\$</td> <td>شهر</td> <td>ساعة</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>ضع دائرة حول أحد الخيارات</p>		اسم المريض	مبلغ الأجر	شهر	ساعة	مبلغ الأجر	شهر	ساعة	الوالد المريض (إذا كان المريض قاصراً)	\$	شهر	ساعة	الوالدة المريض (إذا كان المريض قاصراً)	\$	شهر	ساعة	الزوج	\$	شهر	ساعة				
اسم المريض	مبلغ الأجر	شهر	ساعة	مبلغ الأجر	شهر	ساعة																		
الوالد المريض (إذا كان المريض قاصراً)	\$	شهر	ساعة	الوالدة المريض (إذا كان المريض قاصراً)	\$	شهر	ساعة																	
الزوج	\$	شهر	ساعة																					
<p>ب. موارد أخرى: يُرجى ذكر مبلغ الموارد الأخرى المتاحة إليكم بالكامل، على أن يتضمن ذلك حسابات الانخار وحسابات الشيكات أو الأسهم أو المنفقات وغير ذلك من الحسابات بالحدود الأمريكية.</p> <p>يرجى تقديم مبلغ الدخل السنوي الذي تتلقاه من هذه الموارد الأخرى، بما في ذلك دخل الفوائد وأرباح الأسهم ودخل الإيجار وما إلى ذلك. S</p>																								
<p>C. أفراد الأسرة: يُرجى ذكر عدد الأشخاص في أسرة المريض.</p>																								
<p>D. التحقق من الدخل: يُرجى تقديم أي نوع من المستندات التالية للتحقق من دخلكم</p> <ul style="list-style-type: none"> • نموذج IRS W-2 • تحويل الزايق • الإقرار الضريبي • كشوفات البطاقة • تأكيد صاحب العمل • دليل المشاركة في برامج الإعاقة الحكومية مثل برنامج هشام المعونة العائلية أو CDIC أو Medicaid أو AFDC • خطابات الضمان الاجتماعي أو خطابات تحديد تقييدات البطاقة • أشياء أخرى، يُرجى توضيحها <p>إذا لم تتمكن من تقديم أحد مصادر إثبات الدخل الميضية أعلاه، يُرجى توضيح سبب عدم توفر هذه المعلومات:</p>																								
<p>أعلم إنه يجوز لشراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية (شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية) للتحقق من المعلومات المالية لتمتصلة في طلب المساعدة المالية ("الطلب") والمنطقة بتقييم شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية لهذا الطلب، وتوقيع على الطلب فوري لمع الحق لصاحب العمل في التصديق على المعلومات المقدمة في هذا الطلب. 1 كما أنني أخول شركة سانت ديفيد للرعاية الصحية طلب التقارير من وثائق الإبلاغ عن الائتمان وإدارة الضمان الاجتماعي. 1 أشهد بأن هذه المعلومات صحيحة على حد علمي وأعلم إن تعريف المعلومات المقدمة بخطاب قد يؤدي إلى رفض المساعدة المالية.</p> <p>أفهم أن أي مساعدة مالية تعتمد على عدم قدرتي على السداد وأنه في حالة توفر أي مصدر جديد للدخل، فإن شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية تحتفظ بالحق في منح المساعدة المالية إما بشكل كامل أو جزئي.</p>																								
توقيع المريض أو الطرف المسؤول عنه	التاريخ																							
توقيع موظف سانت ديفيد للرعاية الصحية (إذا كان أي جزء من المالية تم إكمال طلب المساعدة من قبل موظف سانت ديفيد للرعاية الصحي	التاريخ																							

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ نفاذ المراجعة: 01 نوفمبر 2020
الصفحة: 8 من 9	اعتمده: مجلس أمناء سانت ديفيد للرعاية الصحية

المستند رقم 2 من 2

معلومات وتعليمات طلب المساعدة المالية من شركة سانت ديفيد للرعاية الصحية

تعليمات:

كجزء من التزام شركة سانت ديفيد للرعاية الصحية بخدمة المجتمع وتحقيق أحد الأغراض الخيرية لنظام سانت ديفيد للرعاية الصحية، فإنها تختار توفير المساعدة المالية للأفراد الذين يوفون بشروط دخل معينة.

لتقرير إذا كان الشخص مؤهلاً للمساعدة المالية نحتاج للحصول على معلومات مالية معينة كما يرد في هذا الطلب. مساعدتك ستسمح لنا بأن نأخذ طلبك في الاعتبار من أجل منح المساعدة المالية.

يرجاء إكمال طلب المساعدة المالية وإعادة النموذج كاملاً لممثل التسجيل أو يمكنك إرساله بالبريد على العنوان التالي:

خدمات حساب المريض
 PO Box 292369
 Nashville, TN 37229-2369

القسم أ: الأجر:

في القسم أ من طلب المساعدة المالية، يرجى الإشارة للمبلغ بالدولار الذي يتلقاه كل شخص كتعويض وسواء كان هذا المبلغ هو أجر بالساعة أو أسبوعي أو شهري أو سنوي.

القسم ب: المصادر الأخرى:

في المساعدة الفارغة الأولى من القسم ب من طلب المساعدة المالية، يرجى الإشارة إلى المبلغ بالدولار الذي استثمرته في الحسابات الجارية وحسابات التوفير والأسهم.... إلخ. في المساعدة الفارغة الثانية، يرجى الإشارة للمبلغ بالدولار من الدخل الذي تتلقاه سنوياً من هذه الاستثمارات. على سبيل المثال، يمكنك في الفراغ الأول كتابة \$5000 في حساب التوفير وفي الفراغ الثاني يمكنك كتابة أنك تربحون \$250 كدفعة سنوية على الحساب.

القسم ج: أفراد الأسرة:

يطلب القسم ج من طلب المساعدة المالية معلومات حول عدد الأشخاص الموجودين في منزل المريض. يجب أن يتضمن هذا العدد المريض وشريكه ومن يعيهم. إذا كان المريض قاصراً، يرجى كتابة المريض وأمه و/أو والده و/أو الوصي القانوني وأي ممن يعيهم والد/والدة المريض أو الوصي القانوني ممن يقيمون معه.

القسم د: التحقق من الدخل

من أجل النظر في طلبك للمساعدة المالية، سيكون من الضروري التحقق من صحة الرواتب الواردة بالقسم أ من طلب المساعدة المالية. يرجى تزويدنا بنسخة من نموذج العائدات الداخلية W-2 وكتف الرواتب والضرائب وإيصالات تحويل الرواتب والعائدات الضريبية وكتف البنك أو أي مصدر آخر يشير للدخل أو إثبات على المشاركة في برنامج منقعة عامة مثل الضمان الاجتماعي أو إعانة البطالة أو ميديك أيد أو برنامج صحة الفعير بالمقاطعة أو AFDC أو تأمين البطالة أو القسائم الغذائية أو WIC أو تكساس لصحة الأطفال أو برنامج التأمين على صحة الأطفال أو أي برامج تبيها تختص بالفقراء المحتاجين.

يمكنك أيضاً التحقق من راتبك عن طريق مطالبة صاحب العمل تقديم شهادة مكتوبة تؤكد صحة الراتب أو مطالبة بالتحدث إلى مندوب SDHP.

إذا لم تستطع تزويدنا بأحد وثائق مصادر الدخل المذكورة أعلاه، يرجى شرح السبب في القسم د من طلب المساعدة المالية.

خدمات الطبيب المعالج

لا يعد الأطباء الذين يقدمون الخدمات موظفين لدى برنامج شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية. سوف تتسلمون فواتير مستقلة من طبيبك الخاص ومن أطباء آخرين تحتاجون لخدماتهم. لطرح أي أسئلة تتعلق بهذه الفواتير أو لتدبير أو الدفع مقابل خدمات الطبيب المعالج، يرجى الاتصال بمكتب الطبيب المعالج الفردي.