

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: 28 فبراير 2019
صفحة: 1 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

تهدف هذه السياسة إلى الامتثال لسياسة المساعدة المالية الذي يتطلبه قسم الإيرادات الداخلية رقم 501(أر). 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).
- توافر طلب المساعدة المالية في المرافق وعن طريق البريد.
- وضع اللافتات التي تقدم معلومات حول المهمة الخيرية والمبادئ التوجيهية في جميع نقاط القبول.
- تقديم وثيقة المريض بعنوان "دليل إعداد فاتورة المستشفى" 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 استحقاق الحصول على الرعاية الخيرية، تطلب مستشفيات شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية ملء طلب المساعدة المالية الخاص بها (مستند رقم 2). وقد تلجأ مستشفيات شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية إلى استخدام التحقق الإلكتروني من بائع خارجي (مثل منهجية نقاط الائتمان) لتقديم المساعدة المالية إلى المرضى الذين لم يحققوا الشرط المتعلق بإكمال طلب المساعدة المالية.

يتوافر طلب المساعدة المالية وسياسة المساعدة المالية وملخص بلغة واضحة لسياسة المساعدة المالية عند تقديم

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: 28 فبراير 2019
صفحة: 2 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

طلاب خطي على العنوان التالي (يرجى اختيار اللغة الإنجليزية أو الإسبانية أو الفيتنامينية 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**  
**6000 N.W. Parkway Ste. 124**  
**San Antonio, TX 78249**

866-396-1025	Georgetown Hospital
866-291-3547	Heart Hospital of Austin
866-391-2015	North Austin Medical Center
866-391-2017	Round Rock Medical Center
866-391-2018	South Austin Medical Center
866-391-2021	St. David's Medical Center
855-890-3304	St David's Surgical Hospital

يسمح الطلب بجمع المعلومات بما يتفق مع قانون الولاية ومتطلبات الدخل والمستندات الموضحة أدناه. وفي حالة تكرار زيارات المستشفى، 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 أفراد الأسرة بأسرهم.

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

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

حساب الدخل. يجب على المرضى تقديم الدخل السنوي للأسرة.

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: 28 فبراير 2019
صفحة: 3 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

**البالغين.** بالنسبة للبالغين، يُقصد بمصطلح "الدخل السنوي" فيما يتعلق بأعراض 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 ووالدة 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 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، تنتظر 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 مطلوبًا بجانب طلب المساعدة المالية بعد ملئه.

**إجراءات التحقق.** عند تحديد الدخل الإجمالي للفرد، فقد تنتظر شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية إلى الأصول والخصوم المالية الأخرى الخاصة بالمريض وكذلك دخل أسرة المريض وقدرة أسرة المريض على السداد. وفي حال أثبت هذا التحديد أن المريض لديه القدرة على سداد ما تبقى من الفاتورة، فإن هذا التحديد لا يمنع إعادة تقييم قدرة

<b>العنوان: سياسة المساعدة المالية</b>	
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: 28 فبراير 2019
صفحة: 4 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

<p>المريض على السداد عند تقديم مزيد من المستندات.</p> <p><u>التصنيف في انتظار التحقق من الدخل.</u> يجوز أن تنتظر 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.</p> <p><u>المعلومات غير المتسقة أو غير المكتملة.</u> 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 عاليًا.</p> <p><u>تزييف المعلومات.</u> 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.</p> <p><u>تصنيف العوز المالي</u> 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.</p> <p><u>التصنيف.</u> 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 والخدمات الإنسانية ("المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر"). يجب تطبيق المبادئ التوجيهية الفيدرالية المحدثة لتعريف الفقر في بداية اليوم الأول من الشهر الذي يلي إصدارها.</p> <p><u>تصنيف العوز الطبي</u> 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 يسددها دافعي طرف ثالث.</p> <p><u>التقييم الأولي.</u> لكي يُوضع المريض ضمن تصنيف العوز الطبي فيجب أن يتجاوز المبلغ الذي يدين به المريض بعد سداد دافعي طرف ثالث نسبة قدرها عشرة في المائة (10%) من الدخل السنوي للمريض</p>	
---	--

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: 28 فبراير 2019
صفحة: 5 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

ويجب أن يكون المريض غير قادر على سداد الفاتورة المتبقية. إذا لم يحقق المريض معايير التقييم الأولي، فقد لا يُوضع ضمن تصنيف العوز الطبي.

القبول. يجوز أن تقبل 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.

وفي حال عدم استحقاق المريض للحصول على مساعدة خيرية، أو كان المريض مسؤولاً عن جزء من الرصيد بعد تطبيق المساعدة المالية، فسوف يُطبق الخصم غير المؤمن أو غيره من الخصومات المعمول بها على الحساب.

<b>العنوان: سياسة المساعدة المالية</b>	
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: 28 فبراير 2019
صفحة: 6 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

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**  
**6000 N.W. Parkway Ste. 124**  
**San Antonio, TX 78249**

يُرجى ملاحظة أنه إذا لم تقدم طلبًا للحصول على مساعدة مالية في غضون 120 يومًا من تاريخ بيان الفاتورة، فعندئذٍ يجوز للمستشفى (أو غيرها من الأطراف المخولة بذلك) اتخاذ إجراءات معينة ضدكم من أجل سداد الفاتورة متضمنة، على سبيل المثال لا الحصر، إعلام وكالات الإبلاغ عن الائتمان أو مكاتب الائتمان بالمعلومات السلبية المتعلقة بالدين الذي تدينون به إلى المستشفى و/أو رفع قضية مدنية من أجل الحصول على حكم ضدكم نظير المبلغ الذي تدينون به إلى المستشفى.

### 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 والمدمج فيه عن طريق الإحالة قائمة خاصة بمقدمي الرعاية الذين يقدمون خدمات طارئة أو غير ذلك من الخدمات الضرورية من الناحية الطبية بمستشفيات شركة 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: Patient  
 Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249؛ أو عن طريق الاتصال على رقم الهاتف الخاص بالمنشأة والمُدرج في سياسة المساعدة المالية. كما يمكن للمرضى تنزيل نسخة من المستند رقم 3 من الموقع الإلكتروني:

<http://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: 28 فبراير 2019
صفحة: 7 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

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 المشمولون بخدمة السيارة أو التزام طرف ثالث أو غير ذلك من أشكال التعويض بحيث قد تصدر فواتير خاصة بهذه الخدمات مستحقين للحصول على الخصم غير المؤمن.

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.

والمعلومات التالية 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 بسعر 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.

تُطبق إجمالي الرسوم المستحقة عن الخدمات المقدمة على الحساب يُطبق 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 شهرية للسداد. إذا لم يكن بإمكانكم وضع ترتيبات شهرية للسداد، فسوف نساعدكم في التقدم بطلب الحصول على مساعدة ميديكيد.

في حالة الحصول على مساعدة ميديكيد، فسوف نصدر فاتورة إليهم وسوف تكون مسؤولاً فقط عن أي رسوم غير مشمولة.

إذا لم تكن مؤهلاً لاستحقاق 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.

إذا 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 المسؤول عن المريض \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

627.SSD.FT.COLL وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

تاريخ الميلاد:  
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: 28 فبراير 2019
صفحة: 8 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

<b>طلب المساعدة المالية الخاص بشراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية</b>		المستند رقم 2	ص 1 من 2
اسم المريض	رقم حساب المريض		
رقم الهاتف	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ سنة)	
<input type="checkbox"/> يعمل <input type="checkbox"/> لا يعمل	صاحب العمل (الاسم والعنوان ورقم الهاتف)		
اسم الزوج	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ سنة)	
والد المريض (إذا كان المريض قاصراً)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ سنة)	
ولدة المريض (إذا كان المريض قاصراً)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ سنة)	
<b>أ. الأجر:</b> يُرجى ذكر الأجر الذي يتقاضاه كل شخص من الأشخاص التاليين بإسرتكم			
<b>ضع دائرة حول أحد الخيارات</b>		<b>ضع دائرة حول أحد الخيارات</b>	
المريض	الساعة/ الأسبوع/ الشهر/ السنة	_____ دولار	(إذا كان المريض قاصراً)
الزوج	الساعة/ الأسبوع/ الشهر/ السنة	_____ دولار	(إذا كان المريض قاصراً)
<b>ب. موارد أخرى:</b> يُرجى ذكر المبلغ الإجمالي للموارد الأخرى المتاحة إليكم بالكامل، على أن يتضمن ذلك حسابات الادخار وحسابات الشيكات أو الإسهام أو السندات وغير ذلك من الحسابات الأخرى. _____ دولار			
يُرجى ذكر مبلغ الدخل السنوي الذي تحصل عليه من هذه الموارد الأخرى. على أن يتضمن ذلك الدخل والأرباح والدخل الإيجاري وغير ذلك. _____ دولار			
<b>ج. أفراد الأسرة:</b> يُرجى ذكر عدد الأشخاص في أسرة المريض. _____			
<b>د. التحقق من النظر:</b> يُرجى تقديم أي نوع من المستندات التالية للتحقق من دخلكم.			
• نموذج W-2 IRS • تأكيد صاحب العمل • تحويل الراتب • الإقرار الضريبي • كشوفات البنوك • دليل المشاركة في برامج الإعانة الحكومية مثل برنامج قسائم المعونة الغذائية، CDIC، برنامج Medicaid أو AFDC • خطابات الضمان الاجتماعي أو خطابات تحديد تعويضات البطالة • أشياء أخرى، يُرجى توضيحها			
إذا لم تتمكن من تقديم أحد مصادر إثبات الدخل المبينة أعلاه، يُرجى توضيح سبب عدم توفر هذه المعلومات:			
أعلم أنه يجوز لشراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية (SDHP) التحقق من المعلومات المالية المتضمنة في طلب المساعدة المالية ("الطلب") والمتعلقة بتقييم شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية لهذا الطلب، وبتوقيعي على الطلب فإنني أمتنع الحق لصاحب العمل في التصديق على المعلومات المقدمة في هذا الطلب. كما أنني أخول شركة سانت ديفيد للمساعدة بالطلب قد يؤدي إلى رفض المساعدة المالية.			
أفهم إن أي مساعدة مالية تعتمد على عدم قدرتي على السداد وإنه في حالة توفر أي مصدر جديد للدخل، فإن شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية تحتفظ بالحق في منح المساعدة المالية إما بشكل كامل أو جزئي.			
توقيع المريض أو الطرف المسؤول عنه	التاريخ		
توقيع موظف شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية في حال قام أحد موظفي شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية بملء أي جزء من طلب المساعدة المالية	التاريخ		

## 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: 28 فبراير 2019
صفحة: 9 من 9	اعتمده: مجلس أمناء St. David's Healthcare

المستند رقم 2 ص 2 من 2

### معلومات وتعليمات خاصة بطلب المساعدة المالية الخاص بشراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية

#### التعليمات:

كجزء من الالتزام بخدمة المجتمع وسعيًا لتحقيق أحد الأغراض الخيرية المرجو تحقيقها من خلال نظام الرعاية الصحية بسانت ديفيد، فإن شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية تختار تقديم المساعدة المالية إلى الأفراد الذين يتوافر لديهم شروط دخل معينة.

لتحديد ما إذا كان الشخص يستحق الحصول على المساعدة المالية أو لا، فإننا بحاجة إلى الحصول على معلومات مالية معينة كما هو موضح بهذا الطلب. وسوف تسمح لنا مؤسستكم بإعطاء كل الاهتمام اللازم إلى طلبكم المتعلق بالحصول على مساعدة مالية.

يُرجى ملء طلب المساعدة المالية وإعادة النموذج بعد ملئه إلى ممثل التسجيل أو يمكن إرسال النموذج بعد ملئه عن طريق البريد على العنوان التالي:

Patient Account Services

6000N.W. Parkway Ste124 .

San Antonio. Tx 78249 .

#### القسم 'أ': الأجرور

في القسم 'أ' من طلب المساعدة المالية، يُرجى تحديد المبلغ الذي يحصل عليه كل شخص من الأشخاص المدرجين كتعويض بالدولار الأمريكي وما إذا كان هذا المبلغ يمثل تعويضًا عن كل ساعة أو أسبوع أو شهر أو سنة.

#### القسم 'ب': مورد آخرى

في المساحة الفارغة الأولى من القسم 'ب' بطلب المساعدة المالية، يُرجى تحديد المبلغ الذي تستثمره في حسابات الشيكات وحسابات الادخار والأسهم وغيرها بالدولار الأمريكي. في المساحة الفارغة الثانية، يُرجى تحديد الدخل الذي تحصل عليه بصفة سنوية من هذه الاستثمارات بالدولار الأمريكي. على سبيل المثال، في المساحة الفارغة الأولى، يمكن للفرد ذكر أنه يوجد لديه 5000 دولار أمريكي في حساب الادخار على أن يذكر في المساحة الفارغة الثانية أنه يتحصل على 250 دولار أمريكي كفائدة سنوية على هذا الحساب.

#### القسم 'ج': أفراد الأسرة

يطلب القسم 'ج' من طلب المساعدة المالية الحصول على معلومات حول عدد الأشخاص بأسرة المريض. ويجب أن يشمل هذا العدد المريض وزوج المريض ومن يعولهم المريض. وإذا كان المريض قاصرًا، فيُرجى تضمين المريض والدة المريض و/أو والد المريض و/أو الوصي القانوني وأي معالٍ مقيم تابع لوالدة المريض و/أو والده و/أو الوصي القانوني.

#### القسم 'د': التحقق من الدخل

من أجل النظر إلى طلبكم المتعلق بالحصول على مساعدة مالية، فتجدر الحاجة إلى التحقق من الأجرور المذكورة في القسم 'أ' من طلب المساعدة المالية. يُرجى تقديم نسخة من نموذج W-2 IRS، أو بيان الأجرور والضرائب، أو تحويل الراتب أو الكشف البنكي أو مؤشر الدخل المناسب الأخرى أو إثبات المشاركة في أحد برامج المزايا العامة مثل برنامج الضمان الاجتماعي أو برنامج التعويض ضد البطالة أو برنامج ميديكيد أو برنامج (County Indigent Health) أو برنامج (AFDC) أو برنامج التأمين ضد البطالة أو برنامج قسائم المعونة الغذائية أو برنامج (W1C) أو برنامج (Texas Healthy Kids) أو برنامج التأمين الصحي للأطفال أو غيرها من برامج العوز الأخرى المماثلة ذات الصلة.

يمكنك أيضًا إثبات الأجرور عن طريق حث صاحب العمل على تقديم تأكيد خطي أو حثه على التحدث إلى ممثل شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية.

إذا لم تتمكن من توفير أحد مصادر إثبات الدخل المبينة أعلاه، يُرجى تقديم تفسير خطي لذلك في القسم 'د' من طلب المساعدة المالية.

#### خدمات الطبيب

الأطباء الذين يقدمون خدمات رعاية ليسوا موظفين لدى شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية. وسوف تتسلم فواتير منفصلة من الطبيب الخاص وكذلك من الأطباء الآخرين الذين تجدر الحاجة إلى خدماتهم. وللاستفسارات المتعلقة بهذه الفواتير أو لوضع ترتيبات لسداد مقابل خدمات الطبيب، يُرجى الاتصال على مكتب الطبيب الفردي.