

طلب المساعدة المالية من برنامج شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية

اسم المريض _____ رقم حساب المريض _____

رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____

يعمل

لا يعمل

صاحب العمل (الاسم والعنوان ورقم الهاتف)

اسم الشريك _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____

والد المريض (إذا كان المريض قاصرا) _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____

والد المريض (إذا كان المريض قاصرا) _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____

أ. الأجر: برجاء كتابة الأجر الذي يتقاضاه كل شخص من الأشخاص التاليين في منزلك.

الدائرة الأولى	الدائرة الأولى
المريض	المريض
ساعة/أسبوع/شهر/عام _____ \$ (إذا كان المريض قاصرا)	ساعة/أسبوع/شهر/عام _____ \$ (إذا كان المريض قاصرا)
الشريك	الشريك
ساعة/أسبوع/شهر/عام _____ \$ (إذا كان المريض قاصرا)	ساعة/أسبوع/شهر/عام _____ \$ (إذا كان المريض قاصرا)

ب. المصادر الأخرى: برجاء كتابة إجمالي قيمة المصادر الأخرى المتاحة لك بما فيها حسابات التوفير والحسابات الجارية والأسهم والسندات، إلخ \$ _____

برجاء كتابة قيمة الدخل السنوي الذي تتلقاه من هذه المصادر بما في ذلك دخل الفائدة وأرباح حصص الأسهم ودخل الإيجارات. إلخ \$ _____

ج. أفراد الأسرة: برجاء كتابة عدد الأشخاص المتواجدين في منزل المريض. _____

د. التحقق من الدخل: برجاء تسليمنا أي من الوثائق التالية للتحقق من دخلك.

- نموذج العائدات الداخلية W-2
- تحويل الراتب
- عائدات الضرائب
- كشوفات البنك
- التحقق من صاحب العمل
- دليل المشاركة في برامج المساعدة الحكومية مثل قسائم الطعام CDIC، مبدك آيد أو AFDC
- خطابات قرارات الضمان الاجتماعي أو تعويضات البطالة
- أخرى، يرجى ذكرها

إذا لم تكن قادرا على تزويدنا بأحد مصادر وثائق الدخل المدرجة أعلاه، يرجى تفسير سبب عدم توافر هذه المعلومات:

أتفهم أنا أن مجموعة سانت ديفيد للرعاية الصحية (SDHP) قد تتحقق من المعلومات المالية المدرجة في طلب المساعدة المالية الحالي ("الطلب") فيما يتعلق بتقييم SDHP لهذا الطلب، وبتوقيعي على ذلك أفوض صاحب العمل على أن يشهد على المعلومات الواردة في هذا الطلب. كما أفوض SDHP أيضا بأن تطلب تقارير من وكالات الإبلاغ عن الائتمان وهيئة الضمان الاجتماعي. كما أشهد أن هذه المعلومات صحيحة على حد معلوماتي وأدرك أن أي تزوير للمعلومات الواردة في هذا الطلب قد ينشأ عنها الحرمان من المساعدة المالية.

كما أتفهم أن أي مساعدة مالية تعتمد على عدم قدرتي على الدفع وأنه إذا توافر أي مصدر دخل جديد فقد يؤدي ذلك لأن ترفض SDHP منح المساعدة المالية كليا أو جزئيا.

التاريخ _____

توقيع المريض أو الطرف المسؤول _____

التاريخ _____

توقيع موظف SDHP في حال تم استيفاء

أي جزء من طلب المساعدة المالية عن طريق موظف SDHP

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.

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

خدمات حساب المريض

124.N.W. Parkway Ste 6000

78249 .San Antonio, Tx

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 المساحة الفارغة الأولى من القسم ب من طلب المساعدة المالية، يرجى الإشارة إلى المبلغ بالدولار الذي استثمرته في الحسابات الجارية وحسابات التوفير والأسهم... إلخ. في المساحة الفارغة الثانية، يرجى الإشارة للمبلغ بالدولار من الدخل الذي تتلقاه سنوياً من هذه الاستثمارات. على سبيل المثال، يمكنكم في الفراغ الأول كتابة \$5000 في حساب التوفير وفي الفراغ الثاني يمكنكم كتابة أنكم تربحون \$250 كفايدة 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 يعيلهم. إذا كان المريض قاصراً، يرجى كتابة المريض وأمه و/أو والده و/أو الوصي القانوني وأي ممن يعيلهم 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. برجاء تزويدنا بنسخة من نموذج العائدات الداخلية 2-w وكشف الرواتب والضرائب وإيصالات تحويل الرواتب والعائدات الضريبية وكشف البنك أو أي مصدر آخر يشير للدخل أو إثبات على المشاركة في برنامج منفعة عامة مثل الضمان الاجتماعي أو إعانة البطالة أو ميديك أيد أو برنامج صحة الفقير بالمقاطعة أو AFDC أو تأمين البطالة أو القسائم الغذائية أو WIC أو تكساس لصحة الأطفال أو برنامج التأمين على صحة الأطفال أو أي برامج شبيهة تختص بالفقراء المحتاجين.

يمكنك أيضاً التحقق من راتبك عن طريق مطالبة صاحب العمل تقديم شهادة مكتوبة تؤكد صحة الراتب أو مطالبته 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 لتبديل أو الدفع مقابل خدمات الطبيب المعالج، يرجى الاتصال بمكتب الطبيب المعالج الفردي.