

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017	<input checked="" type="checkbox"/> مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> المركز الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى أوستن للقلب <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى سانت ديفيد الجراحية
اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد	صفحة: 1 من 8

هذه البوليصة هي عبارة عن إطار يحدد من خلاله برنامج شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية (SDHP) المرضى المؤهلون للحصول على المساعدة المالية فيما يتعلق بالحالات الطارئة والرعاية الطبية الضرورية.

ولضمان اطلاع كافة المرضى بصورة وافية على هذه السياسة، تولت SDHP القيام بما يلي:

- توفير معلومات عن سياسة المساعدة المالية وموجز بشأن السياسة بلغة بسيطة وطلب المساعدة المالية وتعليمات عن طريقة إكماله وذلك على موقع SDHP الإلكتروني باللغات الإنجليزية والإسبانية والفيتنامية والصينية المبسطة والكورية والعربية: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>
- عند التسجيل، يمنح المرضى وثيقة تصف توافر الخصم غير المؤمن عليه بالإضافة إلى خيارات خصم أخرى قد تكون متوافرة (الملحق 1)
- يتوافر طلب المساعدة المالية في المرافق المعنية وعبر البريد.
- كما تتوافر إرشادات تقدم معلومات بصفة دائمة حول العمل الخيري وتوجيهات بشأنه في كل منافذ تقديم الطلبات.
- ويمنح المريض كتيب خاص به بعنوان "الدليل لفاتورة المستشفى" يشرح هذا الكتيب عملية تحرير الفواتير كما يتيح أيضا معلومات حول سياسة المساعدة المالية.
- يقدم موجز من هذه السياسة إلى المنظمات المحلية غير الهادفة للربح الواقعة بجوار المستشفيات التابعة لـ SDHP.

نظام التأهل للرعاية الخيرية

الطلب حتى تصبح مؤهلا للرعاية الخيرية، تطلب منكم SDHP استيفاء طلب المساعدة المالية الخاص بها (الملحق 2).

العنوان: سياسة المساعدة المالية

<input checked="" type="checkbox"/> مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> المركز الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى أوستن للقلب <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى سانت ديفيد الجراحية	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017
صفحة: 2 من 8	اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد

يمكننا أن نزودكم بطلب المساعدة المالية وسياسة المساعدة المالية وملخص عن المساعدة المالية مكتوب بلغة بسيطة في حال طلبتم ذلك بموجب طلب كتابي يقدم على العنوان التالي (يرجى تحديد الإنجليزية أو الإسبانية أو الفيتنامية أو الصينية البسيطة أو الكورية أو العربية). إذا كنت بحاجة للمساعدة يمكنك الاتصال بخدمات حساب المريض على العنوان أدناه أو بالاتصال على رقم الهاتف أدناه:

Patient Account Services (خدمات حساب المريض)
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249

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

يسمح هذا الطلب بجمع المعلومات بحسب سيادة القانون ومتطلبات الدخل والوثائق المحددة أدناه. في حالة الزيارات المتكررة للمستشفى، ستحاول SDHP التحقق مرة أخرى من المريض أو الطرف المسؤول من المعلومات الواردة بالطلب ومعلومات الدخل في كل مقابلة لاحقة؛ ومع ذلك يجب الحصول على طلب جديد ووثائق داعمة جديدة بعد مرور 12 شهراً.

حساب أعضاء الأسرة المباشرين يجب أن يؤكد المرضى الذين يطالبون الحصول على مساعدة مالية على عدد أفراد الأسرة الموجودين بالمنزل.

البالغون عند حساب عدد أفراد الأسرة في منزل المريض البالغ، يدرج المريض وشريكه ومن يعيلونهم.

القاصرون عند حساب عدد أفراد الأسرة في منزل المريض القاصر، يدرج المريض واسم والدته ومن تعيلهم والدة المريض واسم والد المريض ومن يعيلهم والد المريض.

حساب الدخل. يجب أن يخطرنا المرضى بالدخل السنوي للمنزل.

العنوان: سياسة المساعدة المالية

<input checked="" type="checkbox"/> مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> المركز الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى أوستن للقلب <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى سانت ديفيد الجراحية	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017
اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد	صفحة: 3 من 8

البالغون بالنسبة للبالغين، يعني مصطلح "الدخل السنوي" لأغراض التصنيف كفقير مالياً أو يحتاج رعاية طبية تبعاً لهذه السياسة إجمالي مبلغ الدخل السنوي للمريض وشريكه.

القاصرون. إذا كان المريض قاصراً، فإن مصطلح "الدخل السنوي" يعني إجمالي الدخل السنوي من المريض ووالدة المريض ووالد المريض.

التحقق من الدخل على المريض أو الطرف المسؤول للتأكد على الدخل المشار إليه في طلب المساعدة المالية بحسب متطلبات الوثائق المذكورة أدناه.

شروط الوثائق يمكن التأكد من صحة الدخل الوارد في طلب المساعدة المالية عبر أي من الآليات التالية:

مؤشرات الدخل. بتقديم الوثائق مالية للطرف الثالث، التي قد تتضمن على سبيل المثال لا الحصر، نموذج خدمة العائدات الداخلية 2-W، كشف الأجور والضريبة، إيصالات تحويل الراتب العائدات الضريبية الفردية، التحقق من رقم الهاتف عن طريق صاحب العمل، الكشوفات البنكية، إخطارات سداد تأمين البطالة أو خطابات قرار تعويضات البطالة. علاوة على ذلك تنظر الشركة في أمر الديموغرافيا الاقتصادية للرمز البريدي للمنطقة التي يقيم بها المريض.

المشاركة في برنامج المنفعة العامة بتقديم المستندات التي توضح المشاركة الحالية في برنامج من برامج المنفعة العامة مثل ميديك إيد، برنامج صحة الفقراء بالمقاطعة، AFDC، قسائم الطعام، WIC، تكساس لصحة الأطفال، برنامج التأمين الصحي على الأطفال أو أي برامج شبيهة أخرى تتعلق بالفقر والعوز. من الضروري تقديم دليل على المشاركة في أي من البرامج أعلاه مع طلب المساعدة المالية المستوفى.

طريقة التأكد على صحة المعلومات عند التقرير بشأن الدخل الإجمالي للمريض، قد تنظر SDHP في أمر أي أصول أو التزامات مالية للمريض وقدرة عائلة المريض على الدفع. إذا تم اتخاذ قرار بأن المريض لديه القدرة لدفع بقية مبلغ الفاتورة، فلا يعوق هذا القرار دون إعادة تقييم قدرة المريض على الدفع عند تقديم المستندات الإضافية.

التصنيف معلق قيد التحقق من الدخل قد تنظر SDHP في طلب المساعدة المالية في أي وقت قبل وأثناء وبعد مواعيد الخدمة. خلال عملية التحقق واثناء جمع SDHP للمعلومات الضرورية لتقرير دخل المريض، قد يتم معاملة المريض على أنه مريض ذو شأن خاص في الدفع تبعاً لسياسات SDHP.

معلومات غير كاملة أو غير صحيحة لا تحدد هذه السياسة بأي شكل قدرة SDHP على القيام بأي إجراءات لإرضاء المتطلبات تتعلق بقدرة المريض على الدفع إذا اتضح أن المعلومات التي قدمها المريض أثناء عملية تقديم الطلب غير صحيحة أو غير كاملة. على سبيل المثال، قد تختار SDHP الاستفسار عن سبب الإبلاغ عن القليل من الأصول أو عدم الإبلاغ عن أي أصول على الإطلاق في حال كان دخل المريض مرتفعاً.

تزوير المعلومات قد ينشأ عن تزوير المعلومات رفض طلب المساعدة المالية. إذا تبين لدى SDHP، بعد منح المريض المساعدة المالية، عدم صحة بعض المواد المادية الواردة في طلب المساعدة المالية، قد يتم إلغاء حالة الرعاية الخيرية وتسحب الرعاية المالية.

العنوان: سياسة المساعدة المالية

<input checked="" type="checkbox"/> مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> المركز الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى أوستن للقلب <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى سانت ديفيد الجراحية	تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017
صفحة: 4 من 8	اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد

التصنيف كمحتاج ماليًا الشخص المحتاج ماليًا هو الذي لا يخضع لتأمين والذي تم قبوله لتلقي الرعاية دون التزام بالدفع مقابل الخدمات أو بتخفيض سعرها بناء على نظام التأهيل للرعاية الخيرية.

التصنيف يتم تصنيف المرضى على أنهم محتاجين ماليًا إذا كان دخلهم السنوي أقل من أو يساوي 200% من توجيهات الفقر التي يتم تحديثها بصفة سنوية في السجل الفيدرالي لوزارة الصحة والخدمات البشرية بالولايات المتحدة ("توجيهات الفقر الفيدرالية"). يجب تطبيق توجيهات الفقر الفيدرالية المحدثة بدءًا من أول يوم في الشهر عقب الإصدار.

التصنيف كمحتاج طبيًا الشخص المحتاج طبيًا يعني المريض الذي تتجاوز فواتيره الطبية أو فواتير المستشفى، بعد أن يدفع الطرف الثالث جزء من المبلغ، نسبة محددة من الدخل السنوي للشخص، والغير قادر على دفع الفاتورة المتبقية.

التقييم المبدئي حتى يتم النظر في التصنيف كمريض محتاج طبيًا، يجب أن يتجاوز المبلغ المستحق من قبل المريض بعد أن يدفع كل الأطراف الثالثة المبالغ المستحقة منهم 10% من الدخل السنوي للمريض ويجب أن لا يكون المريض قادرًا على دفع ما تبقى من الفاتورة. إذا لم يفي المريض بمعايير التقييم الأولية، لا يمكن تصنيف المريض على أنه محتاج طبيًا.

الموافقة قد تقبل SDHP المريض الذي يفي بمعايير التقييم الأولى للمحتاجين طبيًا ويفي بالمعايير المدرجة أدناه:

يتراوح **الدخل السنوي بين 200% و 500%** من توجيهات الفقر الفيدرالية. يجب أن يكون دخل المريض أكثر من 200% ولكن أقل من أو يساوي 500% من توجيهات الفقر الفيدرالية. في هذه الحالات ستقرر SDHP قيمة المساعدة الخيرية المالية الممنوحة لهؤلاء المرضى بناء على الدخل السنوي للمريض مقارنة بلوائح الفقر التي يتم تحديثها سنويًا في السجل الفيدرالي من قبل وزارة الصحة والخدمات البشرية بالولايات المتحدة ("توجيهات الفقر الفيدرالية"). سيختلف معدل الخصم بين 40-90%. وسيطبق الخصم غير المؤمن على الرصيد المتبقي المستحق بعد تطبيق الخصم الخيري.

إجراءات الموافقة ستعمل SDHP مع كل المرضى غير المؤمن عليهم لتقرير تأهلهم للحصول على مبدئك إيد أو المساعدة الخيرية كما يرد في "وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه" المرفق كملحق 1. سيتم إخطار المرضى عن طريق البريد بالتأهل للحصول على المساعدة المالية بمجرد مراجعة الطلب ومعالجته. عند مراجعة طلب الموافقة، ستقرر إدارة مركز الخدمة المشتركة مدى التأهل بالإضافة إلى قرار بأنه قد تم بذل الجهود المعقولة لتقرير التأهيل. قد يستفسر هذا المدير أيضًا عن المعلومات المتاحة كالأصول.. إلخ لتقرير قدرة المريض على الدفع أو الاستفسار بشأن تأهيل المريض للتمويل الحكومي أو أي تمويل آخر.

في حال لم يتم يتأهل المريض للحصول على مساعدة خيرية أو كان مسؤولًا عن جزء من الرصيد بعد تطبيق المساعدة المالية، يتم تطبيق الخصم غير المؤمن عليه على الحساب. لن يتجاوز المبلغ المستحق المبالغ المستحق دفعها بموجب فاتورة إلى المريض مع التأمين حسبما يتم التقرير باستخدام طريقة إعادة النظر الواردة في لوائح خدمة الإيرادات الداخلية. قد يطلب المرضى معلومات بشأن هذه العملية الحسابية بتقديم طلب للجهة التالية:

خدمات حساب المريض (Patient Account Services)
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249

يرجى معرفة أنه في حال لم تقدم طلب للحصول على المساعدة المالية في غضون 120 يومًا من تاريخ الفاتورة، فقد تتخذ المستشفى (أو أي طرف مفوض آخر) حينئذ إجراءات محددة ضدك من أجل الحصول على مبلغ الفاتورة متضمنًا ذلك على سبيل المثال لا الحصر الإبلاغ عن معلومات خاطئة حول الدين الذي تدين به للمستشفى من أجل الحصول عليه من هيئات الإبلاغ عن الائتمان أو مكاتب الائتمان و/أو رفع قضية مدنية من أجل الحصول على حكم ضدك بسبب المبلغ الذي تدين به للمستشفى.

العنوان: سياسة المساعدة المالية	
تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013 تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017	<input checked="" type="checkbox"/> مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> المركز الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى أوستن للقلب <input checked="" type="checkbox"/> مستشفى سانت ديفيد الجراحية
اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد	صفحة: 5 من 8

حفظ الحقوق

يحق لـ SDHP وضع حد أو رفض المساعدة المالية على حسب رأيها الخاص.

الخدمات غير المغطاة

مرفق بهذه الوثيقة كملحق 3 ومدرج بالكامل بالإشارة إليه، قائمة بمقدمي الخدمات الذين قد يقدمون خدمات الطوارئ أو غيرها من الخدمات الطبية الضرورية في مستشفيات SDHP. ويحدد الملحق 3 مقدمي الخدمات الذين تشملهم والذين لا تشملهم سياسة المساعدة المالية هذه. ولا تشمل سياسة المساعدة المالية مقدمي الإجراءات الاختيارية أو أي رعاية أخرى غير الرعاية الطارئة أو غير ذلك من الرعاية الطبية اللازمة. ويتم تحديث الملحق 3 المرفق شهرياً.

يمكن للشخص العادي الحصول على نسخة من الملحق 3 عن طريق تقديم طلب كتابي على العنوان التالي: Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249؛ أو عن طريق الاتصال برقم هاتف المنشأة المدرج في سياسة المساعدة المالية. كما يمكن للمرضى أيضاً تحميل نسخة من الملحق 3 من هذا الموقع:

<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>

العنوان: سياسة المساعدة المالية

تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013
تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017

- مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد
- مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد
- مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد
- المركز الطبي بسانت ديفيد
- مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد
- مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد
- مستشفى أوستن للقلب
- مستشفى سانت ديفيد الجراحية

صفحة: 6 من 8

اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد

الملحق 1

اسم المريض _____ رقم حساب المريض _____

وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

يهدف هذا المستند للمساعدة على تزويد المرضى بفهم للملاحق المالية المدفوعة برعايتهم الصحية. إن يأهل المرضى الذين يحصلون على المساعدة عن طريق طرف ثالث أو بأي وسيلة أخرى لتخمس غير المؤمن عليه.

يتم هذا المستند عدة خيارات متاحة لمساعدتك على حل مشكلة حسابك. وفي محاولة لمساعدة المرضى غير المؤمن عليهم، ستطبق HCA خصما على حسابك لم تستعمل معك لحل رصيد حسابك المتبقى.

المعلومات التالية هي مختلطة لطريقة التعامل مع الحساب غير المؤمن عليه وخيارات الخصم التي قد تتوفر لك. إن كنت قد حصلت على عملية تأمين إضافية أو جراحة طبية بسعر ممتد، لن تطبق هذه الخصومات. غير تلكه، ستقوم HCA بتطبيق الخصم على كافة الفواتير غير المؤمن عليها. يفرغ أن يتم دفع هذا المبلغ المخصص الممتد على الحساب كاملا وقت تقديم الخدمة.

تطبق إجمالي تكاليف الخدمة المقدمة على الحساب ويطبق الخصم غير المؤمن عليه على كافة التكاليف ومن تم بتخصن رصيد الحساب إذا لم تكن قادرا على دفع رصيد الحساب المخصص كاملا، سوف نعمل معك لتخطيط ترتيبات دفع شهرية.

إذا لم تستطع وضع ترتيبات شهرية للتدفع، سوف نساعدك على التقدم بطلب للحصول على مساعدة مبدئية. إن حصلت على مساعدة مبدئية، سوف نقرر فالقوة بالنسبة لهم وإن تكون مسؤولا سوى عن التكاليف التي لم يتم تعويضها.

إذا لم تكن مؤهلا لمبدئية، قد تتوفر على طلب المساعدة المالية وتقديم المستندات الداعمة خصما بمرن مطلوباً وبذلك من الرجوع زيارته من أجل اجازة الحصول على خصم.

إذا كنت مؤهلا للحصول على خصم بخيري بناء على نواتج الفقر المبدئية، سيتم اعتبار أنه قد تم دفع حسابك بالكامل. إذا لم تتوفر نواتج الفقر المبدئية، فهو يوجب عليك، حصل ترتيبات لحل مشكلة الفاتورة على الفور.

تتم HCA 100% خصم على الحسابات الخيرية المعقدة. وستلحق كافة الحسابات الأخرى غير المؤمن عليها خصما جزئيا.

ترقيم المريض/الطرف المتسؤول _____ التاريخ _____

ترقيم التواجد _____ التاريخ _____

827 SSD FT COLL وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

نسخة PAAS- التوقيع على الملف

وثيقة معلومات المريض غير المؤمن عليه

الرابع المبدأ
الرئيسي الطبي بسانت ديفيد

العنوان: سياسة المساعدة المالية

تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013
تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017

- مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد
- مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد
- مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد
- المركز الطبي بسانت ديفيد
- مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد
- مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد
- مستشفى أوستن للقلب
- مستشفى سانت ديفيد الجراحية

صفحة: 7 من 8

اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد

الملحق 2 من 1 2

طلب المساعدة المالية من برنامج شراكة سانت ديفيد للرعاية الصحية

رقم حساب المريض	اسم المريض
رقم الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
<input type="checkbox"/> يعمل <input type="checkbox"/> لا يعمل	
صاحب العمل (الاسم والعنوان ورقم الهاتف)	
اسم الشريك	رقم الضمان الاجتماعي
رقم المريض (إذا كان المريض قسرا)	رقم الضمان الاجتماعي
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
رقم المريض (إذا كان المريض قسرا)	رقم الضمان الاجتماعي
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
أ. الأجر: برجام كتابة الأجر الذي يتلصق بكل شخص من الأشخاص التاليين في منزلك.	
الدائرة الأولى المريض: \$ _____ ساعة أسبوعياً شهرياً عام والد المريض (إذا كان المريض قسراً) \$ _____ ساعة أسبوعياً شهرياً عام	الدائرة الأولى الشريك: \$ _____ ساعة أسبوعياً شهرياً عام والد المريض (إذا كان المريض قسراً) \$ _____ ساعة أسبوعياً شهرياً عام
ب. المصادر الأخرى: برجام كتابة إجمالي قيمة المصادر الأخرى المتوقعة لك بما فيها حسابات التقاعد والمعاشات الجارية والأهم والمددات الخ. \$ _____	
برجام كتابة قيمة الدخل السنوي الذي تتلقاه من هذه المصادر بما في ذلك دخل التقاعد وأرباح خصص الأسم وتدخل الإيجارات الخ. \$ _____	
ج. أفراد الأسرة: برجام كتابة عدد الأشخاص المتواجدين في منزل المريض.	
د. الشغل من النظر: برجام تسمية أي من الوثائق التالية للتحقق من ذلك.	
<ul style="list-style-type: none"> • نموذج المادونات لأخوية 2-0A • تحوّل الرقابة • عقود الضرائب • كشوروات البنك • كشوروات البنك التحقق من صاحب العمل دليل المشاركة في برامج المساعدة الحكومية مثل برنامج التعليم CDIC - مديرك آيد أو AFDC كشوروات قرات الضمان الاجتماعي أو تعويضات البطالة أخرى، يرجى ذكرها	
إذا لم تكن قادراً على تزويدنا بأحد مصادر وثائق الدخل المبرجة أعلاه، يرجى تفسير سبب عدم توافر هذه المعلومات:	

نظّم أبا ان مجموعة سانت ديفيد للرعاية الصحية (SDHP) قد تتحقق من المعلومات المالية المدرجة في طلب المساعدة المالية الحالي ("الطلب") فيما يتعلق بتقييم SDHP لهذا الطلب، ويتوقع على نكته أروض صاحب العمل على أن يشهد على المعلومات الواردة في هذا الطلب. كما أروض SDHP أيضاً بأن تطلب تقارير من وكالات الإبلاغ عن الائتمان وهيئة الضمان الاجتماعي. كما تشهد أن هذه المعلومات صحيحة على حد معلوماتي وأدرك أن أي تزوير للمعلومات الواردة في هذا الطلب قد يُلحقها العرمان من المساعدة المالية.

عما نطلبه أن أي مساعدة مالية تعتمد على عدم هرتي على دفعه وله إذا توفر أي معبر دخل جديد بعد بودي لكه أن أروض SDHP منح المساعدة المالية كليا أو جزئياً.

توقيع المريض أو الطرف المسؤول _____ التاريخ _____

توقيع موظف SDHP في حال تم استيفاء أي جزء من طلب المساعدة المالية عن طريق موظف SDHP _____ التاريخ _____

العنوان: سياسة المساعدة المالية

تاريخ النفاذ: 13 ديسمبر 2013
تاريخ النفاذ للمراجعة: 28 نوفمبر 2017

- مستشفى جورج تاون بسانت ديفيد
- مركز راوند روك الطبي بسانت ديفيد
- مركز شمال أوستن الطبي بسانت ديفيد
- المركز الطبي بسانت ديفيد
- مستشفى إعادة التأهيل بسانت ديفيد
- مركز جنوب أوستن الطبي بسانت ديفيد
- مستشفى أوستن للقلب
- مستشفى سانت ديفيد الجراحية

صفحة: 8 من 8

اعتمده: مجلس إدارة حكام الرعاية الصحية بسانت ديفيد

الملحق 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 وتمكين أمد الأزمات المبررة كطوارئ سانت ديفيد للرعاية الصحية، فإننا نختار توفير المساعدة المالية للأفراد الذين يوفون بشروط مثل معينة
- لتقرير إذا كان الشخص مؤهلاً للمساعدة المالية نحتاج للحصول على معلومات مالية معينة كما يرد في هذا الطلب. مساعدتك متضمن لنا بأن نلخص مالك في الاجتهاد من أجل منح المساعدة المالية.

يرجاء إكمال طلب المساعدة المالية وإحداة النموذج كاملاً ليمثل التحويل أو يمكنك إرساله بالبريد على العنوان التالي:
Patient Account Services (خدمات حساب المريض)
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, Tx 78249

القسم أو الأجزاء:

في القسم أ من طلب المساعدة المالية، يرجى الإشارة للبلغ بالبريد الذي يلقاه كل شخص كعميل وسواء كان هذا المبلغ هو أجر بالمساعدة أو لشخصي أو شهري أو سنوي.

القسم ب: المصادر الأخرى:

في السلسلة لتفريغ الأولى من المقدم ب من طلب المساعدة المالية، يرجى الإشارة إلى المبلغ بالبريد الذي استمرته في الحسابات التجارية وحسابات التوفير والأموال الخ. في المساعدة لتفريغ الثانية، يرجى الإشارة للمبلغ بالبريد من الدخل الذي تتلقاه سنوياً من هذه الاستثمارات. على سبيل المثال، يمكنك في الفروع الأولى كتابة \$5000 في حساب التوفير وفي الفروع الثاني يمكنك كتابة لكم ترينون \$250 كتابة 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 وتاريخه ومن يعاونه، إذا كان المريض قسراً، يرجى كتابة المريض وأمه و/أو والده و/أو الوصي القانوني وأي ممن يعاونه أو إدارة المريض أو الوصي القانوني ممن يتعاون معه.

القسم د: التحقق من الدخل:

من أجل النظر في طلب المساعدة المالية، سيكون من الضروري التحقق من صحة الرواتب الواردة بطلبك من طلب المساعدة المالية. جراء تروبيدا بنسخة من نموذج العائدات الدخلية 2019 وكشف الرواتب والضرائب وإيصالات تحويل الرواتب والعقدات الضريبية وكشف البنك أو أي مصدر آخر يفتقر للنظر في إثبات طبي للمشاركة في برنامج منحة علمة مال الضمان الاجتماعي أو إعادة البطالة أو سببك أيد أو برنامج منحة لتفريغ التعليم أو AFDC أو تأمين البطالة أو التأمين الخائلية أو WIC أو تكساس لخدمة الأطفال أو برنامج تثمين على صحة الأطفال أو أي برامج شبيهة تخضع للقراء المتعلمين.

يمكنك أيضاً التحقق من ذلك عن طريق مطالبة صاحب العمل تقديم شهادة مكتوبة تؤكد صحة الرواتب أو مطالبة بالتحقق إلى مندوب SDHP

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

خدمات الطبيب المتعلق:

لا يعد الأطباء الذين يقدمون لخدمات موظفين لدى برنامج شركة سانت ديفيد للرعاية الصحية. سوف تتسلمون فوائد مشكلة من طبيبك الخاص ومن أطباء آخرين متعاونين لخدماتهم. أخرج أي أسئلة تتعلق بهذه الفوائد أو لتتغير أو لتتغير مقابل خدمات الطبيب المتعلق، يرجى الاتصال بمكتب الطبيب المتعلق الفردي.