

## تعليمات استمارة طلب المساعدة المالية

ترغب Legacy Health في تقديم مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. قد تؤهل للحصول على رعاية مجانية أو رعاية بسعر مخفض وفقًا لحجم عائلتك أو دخلك، حتى وإن كان لديك تأمين صحي. للاطلاع على المزيد من المعلومات، يُرجى زيارتنا على الموقع الإلكتروني [www.legacyhealth.org](http://www.legacyhealth.org) وكتب في شريط البحث "financial assistance". وبعد الوصول إلى الصفحة، سترى رابطًا للمعلومات بلغتك.

**ما الذي سوف تغطيه المساعدة المالية؟** تغطي المساعدة المالية الخدمات الطبية اللازمة التي توفرها Legacy Health بناءً على أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأخرى. ستغطي هذه المساعدة المالية رسوم أطباء Legacy Health أيضًا.

**إذا كانت لديك استفسارات أو كنت تحتاج إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء:** يمكن الوصول إلى خدمة العملاء على الرقم 503-413-4048 (الرقم المجاني 800-495-7076). يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك مساعدة إعاقة أو مساعدة لغوية.

### من أجل البت في طلبك، يجب عليك ما يلي:

- تزويدنا بمعلومات عن أسرتك  
أدرج عدد أفراد أسرتك (تشمل "الأسرة" الأشخاص الأقارب بالولادة أو الزواج أو التبني ممن يعيشون معًا.
- تزويدنا بمعلومات عن الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب ومبالغ الخصم)
- تقديم المستندات الخاصة بدخل الأسرة
- تقديم معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- توقيع الاستمارة وتأريخها

**ملاحظة:** لست مضطرًا إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي عند التقدم بطلب مساعدة مالية. إذا زدتنا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسوف يساعدنا ذلك في التعجيل بمعالجة طلبك. يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة لنا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يُرجى تحديد "لا ينطبق" أو "غير متوفر".

أرسل طلبك المكتمل عبر البريد أو الفاكس مع جميع المستندات إلى: Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208. فاكس: 503-413-2753. تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

**لتقديم طلبك المكتمل شخصيًا:** يُرجى زيارة منشأة Legacy Health. يوجد في المستشفيات مستشارون ماليون، متاحون بالتعيين، لمساعدتك.

سنبلغك بقرار الأهلية النهائي وحقوق الطعن، حيثما ينطبق، في غضون 10 أيام تقويمية من استلام طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك مستندات الدخل.

بتقديم طلب المساعدة المالية، فإنك تمنحنا موافقتك لإجراء التحقيقات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

**نحن هنا لتقديم المساعدة لك. يُرجى تقديم طلبك على الفور!**  
سوف تستمر في تلقي فواتير حتى نستلم معلوماتك.

### استمارة طلب المساعدة المالية

#### معلومات الفحص

هل تحتاج إلى خدمات الترجمة الفورية؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأدرج اللغة المفضلة:

هل قدم المريض طلبًا إلى برنامج Medicaid؟  نعم  لا

هل المريض بلا مأوى حاليًا؟  نعم  لا

#### يُرجى ملاحظة ما يلي

- لا يمكن أن نضمن لك أنه سيتم تأهيلك للحصول على المساعدة المالية حتى إذا تقدمت بطلبها.
- عند إرسال طلبك، ربما نفحص جميع المعلومات ونطلب معلومات إضافية أو إثبات دخل.
- في غضون 10 أيام تقويمية بعد استلامنا طلبك المكتمل ومستنداتك، سنبلغك ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة من عدمه.

#### معلومات عن المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يمكن التحديد _____)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة	طبيعة العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان المُرسَل عليه	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسي ( ) عنوان البريد الإلكتروني: _____	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن سداد الفاتورة

موظف (تاريخ التعيين: \_\_\_\_\_)  عاطل (كم من الوقت ظل عاطلاً: \_\_\_\_\_)  عاقل  عاجز  طالب  موظف حر  غير ذلك \_\_\_\_\_

#### معلومات الأسرة

اذكر أفراد الأسرة في منزلك، بما في ذلك أنت. تشمل "الأسرة" الأشخاص الأقارب بالدم أو الزواج أو التبني ممن يعيشون معًا.  
أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

الاسم	تاريخ الميلاد	طبيعة العلاقة بالمريض	إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكبر: اسم صاحب العمل (أصحاب العمل) أو مصدر الدخل	إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل خصم الضرائب):	هل يقدم كذلك طلبًا للحصول على المساعدة المالية؟
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. مصادر الدخل تتضمن، على سبيل المثال ما يلي:

- أجور - تعويضات بطالة - عمل حر - تعويض العمال - تعويضات العجز - دخل الضمان التكميلي (SSI) - نفقة الأطفال/الزوجة
- برامج الدراسة والعمل (الطلاب) - راتب تقاعدي - توزيعات حساب التقاعد - غير ذلك (يُرجى التوضيح \_\_\_\_\_)

## استمارة طلب المساعدة المالية

### معلومات الدخل

تُكرر: يجب إدراج إثبات الدخل مع طلبك.

يجب تقديم معلومات بشأن دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل من أجل تقرير المساعدة المالية. يجب أن يفصح جميع أفراد الأسرة البالغين سن 18 عام أو أكبر عن دخلهم. إذا كنت لا تستطيع تقديم مستندات، يمكنك تقديم بيان موقع ومكتوب يوضح ذلك. يُرجى تقديم إثبات عن كل مصدر دخل محدد. تتضمن أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- "نموذج تقرير الأجر للموظفين (W-2)" بيان اقتطاع الضرائب؛ أو
  - كعوب شيكات المرتبات (3 شهور)؛ أو
  - الإقرار الضريبي للدخل للسنة الماضية، بما في ذلك المواعيد إن أمكن؛ أو
  - بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو آخرين؛ أو
  - اعتماد/رفض الأهلية لبرنامج Medicaid و/أو مساعدة طبية ممولة من الحكومة؛ أو  اعتماد/رفض الأهلية للحصول على تعويض البطالة.
- إذا كنت لا تمتلك إثبات دخل أو دخل، يُرجى إرفاق صفحة إضافية مع توضيح.

### معلومات عن حساب التوفير الصحي (HSA)

سوف يلزم تطبيق هذه الأموال على الأرصدة المستحقة قبل المساعدة المالية

رصيد حساب التوفير الصحي (HSA) \_\_\_\_\_ دولار

### اتفاق المريض

أدرك أن Legacy Health يجوز لها التحقق من صحة المعلومات والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تقرير الأهلية للحصول على مساعدة مالية أو خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات سالفة الذكر صحيحة على حد علمي. أدرك في حال ثبات عدم صحة المعلومات المالية التي أقدمها، فإن ذلك سيؤدي إلى رفض المساعدة المالية وقد أصبح مسؤولاً عن سداد الخدمات المقدمة ومن المتوقع السداد نظيرها.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب