

طلب برنامج المساعدات المالية

تحتزم Midwest Orthopedic Specialty Hospital كرامة كل شخص مع إيلاء اهتمام خاص لهؤلاء الذين يعانون من العوائق التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية الصحية. لدينا التزام معادل لإدارة موارد الرعاية الصحية الخاصة بنا باعتبارها خدمات مقدمة للمجتمع بأسره. بالتالي، نحن نقدم المساعدات المالية لبعض الأفراد الذين يأتون إلينا في حالات الطوارئ أو غيرها من حالات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية. كجزء من متطلبات برنامج المساعدة المالية، مطلوب منك أن يتم عرضك على برامج المساعدة الطبية أو المساعدة العامة الأخرى، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التالي: BadgerCare – WI Medicaid; Elderly, Blind, Disabled (EBD); Alien Emergency Medical Assistance (AEMA); Victim of Violent Crime Compensation Fund (VOVC); Presumptive Disability/Medicaid; Social Security Disability/Income (SSD/SSI); Marketplace Health Insurance

إتعليمات طلب برنامج المساعدات المالية قم بتقديم العناصر ☒ التالية الموضوع أمامها علامة:

(يرجى إرسال النسخ، لن يتم إرجاع المستندات الأصلية)
جميع المعلومات مطلوبة لمقدم الطلب والزوج / الزوجة معاً

- معرف مقدم الطلب
- نسخة من آخر كعب/قسمة للراتب.
- إثبات الدخل الشهري من الضمان الاجتماعي إذا كنت متقاعدًا عن العمل أو تعاني من الإعاقة. (مثال: بيان البنك أو خطاب المنح)
- التحقق من دخل البطالة.
- التحقق من إعالة الطفل و/أو النفقة.
- التحقق من فوائد المعاش و/أو تعويض العمال.
- التحقق من طواع الطعام، ومساعدة برنامج FIP، مساعدات الإسكان والتدفئة.
- مقدم الطلب الذي يتلقى مساعدة مالية من أحد أفراد العائلة أو شخص آخر من أجل نفقات المعيشة يجب أن يقدم بياناً كتابياً من هذا الشخص أو بيان دعم مع إرفاق معرف هوية الجهة الداعمة.
- نسخة مكتملة للإقرار الضريبي الفيدرالي للعام ____ موقع عليها بما في ذلك جميع الجداول إذا كنت من أصحاب العمل الحر / أو مزرعة أو دخل ثابت من تأجير العقارات.
- إذا لم يكن لديك تأمين صحي:
- 1. ستحتاج إلى خطاب من صاحب العمل الخاص بك أو الخاص بالزوج / الزوجة يؤكد أن تغطية التأمين الصحي غير متوفرة.
- 2. إذا قمت برفض التأمين الصحي المقدم من خلال صاحب العمل الخاص بك و / أو صاحب عمل الزوج / الزوجة، فقم بتقديم تكاليف أقساط التأمين.
- إذا كان لديك تأمين صحي:
- 1. إثبات أقساط التأمين التي تقوم بدفعها من أجل تغطية التأمين الصحي.
- يطلب خطاب قرار بشأن تغطية التأمين الصحي الممولة من القطاع العام.
- يرجى الاتصال بمكتب قسم الخدمات الإنسانية المحلي لطلب المعونة الطبية / حسب الباب 19 و / أو برنامج تخفيض النفقات للمحتاجين طبيياً.

سيقوم Midwest Orthopedic Specialty Hospital بتقديم رد كتابي لمقدم الطلب فور استلام الطلب المكتمل والمعلومات الداعمة. سيتم تطبيق الرد الكتابي على الزيارات التي يكون تاريخ البيان الأول لها قبل عام من تاريخ الموافقة ويمتد لمدة عام بعد هذا التاريخ، لذا من المهم منح اهتمامك الفوري لإكمال هذا الطلب وإرجاعه. في حال تم رفض طلبك لأي سبب من الأسباب، قدم استئنافك خلال أربعة عشر (14) يوماً تقويمياً من تاريخ خطاب الرفض إلى مكتب نائب رئيس دائرة الإيرادات ، : 100% Charity Care and Financial Assistance Appeals Committee Wheaton Franciscan Healthcare Corporate، Services Office, 801 S. 60th Street, Suite 150, West Allis, WI 53214. إضافية تدعم طلبك .

اسم مقدم الطلب: _____ اسم المريض: _____ عنوان مقدم

الطلب: _____ المدينة: _____ الشارع: _____ الرمز البريدي: _____ رقم هاتف مقدم

الطلب: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____ الحالة

الاجتماعية: أعزب متزوج أرمل مطلق منفصل

اسم الزوج: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسم المعال	تاريخ الميلاد	اسم المعال	تاريخ الميلاد
_____	_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____

معلومات العمل والتأمين والدخل (يجب إكمال جميع الخانات):

مقدم الطلب

هل تعمل في الوقت الحاضر؟ نعم لا هل قدمت إقرار الضرائب الفيدرالي؟ نعم لا

هل أنت من أصحاب العمل الحر؟ نعم لا هل لديك تأمين صحي؟ نعم لا

تاريخ التعيين: _____ إجمالي المبلغ المدفوع للتأمين الصحي شهرياً: بالدولار الأمريكي _____

مصادر الدخل الأخرى (ضع علامة على النوع وقم بتسجيل المبلغ):

زوج / زوجة مقدم الطلب

هل تعمل في الوقت الحاضر؟ نعم لا هل قدمت إقرار الضرائب الفيدرالي؟ نعم لا

هل أنت من أصحاب العمل الحر؟ نعم لا هل لديك تأمين صحي؟ نعم لا

تاريخ التعيين: _____ إجمالي المبلغ المدفوع للتأمين الصحي شهرياً: بالدولار الأمريكي _____

كيف تتقاضى راتبك؟ لسوياً مرة كل أسبوعين أسبوعياًكم عدد الساعات التي تعملها خلال كل فترة دفع؟ 20 40 60 80 120 أخرى _____

صاحب العمل الحالي أو السابق: المدينة: _____ الولاية: _____

إجمالي الدخل الشهري: _____ رقم الهاتف: _____

نفقة / إعالة الطفل معاش سنوي ضمان اجتماعي تعويض عمال معاش المحاربين القدامى دخل الإيجار تعويض البطالة أخرى (حدد) المنح المدرسية

التاريخ

توقيع المريض/مقدم الطلب

التاريخ

الزوج / الزوجة

192771 06/2016 (Arabic)