

اسم الضامن
العنوان
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

التاريخ: تاريخ اليوم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم معرف الجهة المسؤولة:	إعادة الطلب بحلول:
-------------------------------	--------------------------	--------------------

تلتزم Nebraska Medicine بتوفير رعاية طبية لهؤلاء المرضى الذين قد لا تتوفر لديهم الموارد المالية الكافية. فإذا كنت مستحقاً للحصول على مساعدة، فقد يتم إعفاؤك عن جزء من حسابك (حساباتك)، وحتى 100% منها. وستكون غير مسؤولاً عن المبلغ الذي يتم إعفاؤه. تدير Nebraska Medicine برنامج المساعدة هذا بطريقة لا تميّز على أساس العرق أو العقيدة أو اللون أو الجنس أو الأصل الوطني أو الدين أو العمر.

إرشادات: أكمل الطلب بالكامل. يلزم أن يشتمل الطلب على نسخ من أي من المستندات التالية التي تنطبق عليك. يرجى إرفاق نسخ وليس أصول المستندات، حيث لا تضمن Nebraska Medicine إعادة المستندات التي ترسل برفقة الطلب. في حالة عدم إرفاق أي من المستندات، فإن ذلك يؤدي إلى تأخير معالجة طلبك و/أو قد يؤدي إلى رفضه، وتكون أنت مسؤول عن الرصيد كاملاً. أرسل المستندات والطلب المكتمل عبر البريد إلى:

Nebraska Medicine
Attn :Patient Access – Financial Counseling
97530 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-7530

- إذا كان لديك دخل فعليك:
 - إرفاق نسخة من أحدث نماذج 1040 التي قدمتها إلى IRS (دائرة الإيرادات الداخلية)، وجدول المواعيد إذا لم تكن قد قدمت إقرار ضريبة الدخل الاتحادية، فيتعين عليك:
 - أن تذكر كتابة أنك غير مطالب بالتقديم مع ذكر السبب (أرسل هذا مع الطلب)
 - أن ترسل لنا نسخة من أحدث إقرار لضريبة الدخل الاتحادية لأي شخص قد أقر بأنه العائل لك
 - أرفق دليلاً إضافياً على دخل أسرتك، والذي قد يشتمل على:
 - رسالات الموافقة أو نماذج 1099 للضمان الاجتماعي
 - رسالات الموافقة على تعويضات العاملين أو تعويضات البطالة
 - آخر قسيتين للرواتب (للشخص والزوج/الزوجة وللآخرين المقيمين في نفس المنزل)
 - إذا كنت تدير عملك الخاص، فيتعين عليك إدراج الجدول "ج" و/أو بيان الأرباح والخسائر
 - دعم الطفل أو نفقة الزوجة المطلقة
 - رسائل الحصول على مساعدة من خلال برامج Snap (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية) Food Stamps (قسائم الطعام)، أو التدفئة أو التسكين
- إذا لم يكن لديك دخل:
 - إذا لم يكن لديك دخل، فأرسل لنا خطاب الدعم. يتعين على الشخص الذي يقدم لك الدعم توقيع الرسالة وتوثيق المستند.
- دليل على أموال الأسرة المتوفرة
 - حسابات الشيكات و/أو التوفير
 - الأوراق المالية أو السندات أو شهادات الإيداع أو حسابات الفائدة بعائد مرتفع أو الأقساط السنوية
 - أي استثمارات أخرى، بما في ذلك الأموال غير المنقولة
 - حسابات التوفير الصحية (HAS) أو حسابات التوفير الطبية (MSA) أو ترتيبات الإنفاق المرن (FSA) أو ترتيبات التعويض الصحي (HRA)
- رسالة رفض المساعدة الطبية
 - استناداً إلى الفرز المالي الأولي، قد تحتاج إلى التقدم لطلب الحصول على مساعدة طبية (Medicaid و/أو الإعاقة و/أو غير ذلك من البرامج المتوفرة) وإرسال رسالة الرفض الخاصة بك قبل أن تتمكن من الموافقة على طلبك. رغم أنه قد تتم الموافقة على المساعدة المالية للخدمات، إلا أنك قد تكون مطالباً بإكمال طلبات المساعدة الطبية في أي وقت خلال سير الإجراءات.

إعادة الطلب بحلول:

رقم معرف الجهة المسؤولة:

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)

نموذج طلب الحصول على مساعدة مالية

اسم الجهة المسؤولة:

العنوان:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

رقم الهاتف نهائيًا:

حجم الأسرة (المريض والزوج/الزوجة والمعالون):

الحالة الاجتماعية:

اسم أصحاب العمل:

 طالب

 عاطل عن العمل

 ذو مهنة حرة

 دوام جزئي

 دوام كامل

تاريخ/مدة البطالة: (شهر، ي، ي، س س س س)

مدة التوظيف:

اسم الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة:

حالة العمل:

اسم أصحاب العمل:

 طالب

 عاطل عن العمل

 ذو مهنة حرة

 دوام جزئي

 دوام كامل

تاريخ/مدة البطالة: (شهر، ي، ي، س س س س)

مدة التوظيف:

المعالون (إذا كانوا أكثر من 5 معالين، فاستخدم صفحة منفصلة)

تاريخ الميلاد (شهر، ي، ي، س س س س)

العلاقة

الاسم الكامل

1.

2.

3.

4.

5.

 هل لديك تأمين صحي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إرفاق نسخة من الجانب الأمامي والخلفي من بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بك.

 هل قدمت طلبًا للحصول على مساعدة من برنامج Medicaid/الإعاقفة أو مساعدة حكومية أخرى في آخر 6 أشهر؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إرفاق نسخة من رسالة الرفض أو دليل الأهلية.

بالنسبة للخدمات المتعلقة بحادث سيارة أو تعويضات العاملين أو أي خصومة طرف ثالث، يرجى توفير اسم ومعلومات اتصال الممثل و/أو المحامي:

الاسم:

العنوان:

رقم الهاتف:

نوع الدعوى:

الدخل الشهري للأسرة: اذكر الدخل الشهري لك ولأفراد الأسرة الآخرين. أرفق أيضًا نسختًا من نموذج 1040 الذي قدمته إلى IRS (دائرة الإيرادات الداخلية) ومستندات دليل الدخل الأخرى (راجع قائمة تدقيق المستندات).

الأجور	الشخص نفسه	الزوج/الزوجة و/أو أفراد الأسرة الآخرين	عاطل عن العمل	الشخص	الزوج/الزوجة و/أو أفراد الأسرة الآخرين
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
عمل حر	دولار أمريكي	دولار أمريكي	تعويضات العاملين	دولار أمريكي	دولار أمريكي

المعاش أو التقاعد	دولار أمريكي	دولار أمريكي	نفقة الزوجة المطلقة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الأرباح أو الفوائد	دولار أمريكي	دولار أمريكي	دعم الطفل	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الإيجارات أو حقوق الامتياز	دولار أمريكي	دولار أمريكي	غير ذلك	دولار أمريكي	دولار أمريكي

المصاريف الطبية ومصاريف الأسرة الشهرية: اكتب "لا ينطبق" لأي عنصر لا يخصك. استخدم ورقة أخرى للمصاريف الإضافية.					
القسط الشهري	المتأخرات	القسط الشهري	المتأخرات	القسط الشهري	المتأخرات
الرهن العقاري	دولار أمريكي	دولار أمريكي	وكالات التحصيل	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الإيجار	دولار أمريكي	دولار أمريكي	بطاقات الانتماء	دولار أمريكي	دولار أمريكي
القروض	دولار أمريكي	دولار أمريكي	المرافق	دولار أمريكي	دولار أمريكي
المصاريف الطبية	دولار أمريكي	دولار أمريكي	الطعام	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الأدوية التي لا تباع إلا بتذكرة طبية	دولار أمريكي	دولار أمريكي	تأمين السيارة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
رعاية الطفل	دولار أمريكي	دولار أمريكي	التأمين على الحياة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الهاتف	دولار أمريكي	دولار أمريكي	التأمين الصحي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
غير ذلك	دولار أمريكي				

الموارد المتاحة للأسرة: أرفق نسخًا من البيانات المالية للأسرة الخاصة بآخر شهر مع هذا الطلب.

هل لديك أو لدى أفراد غيرك من الأسرة حساب بنكي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إرفاق أحدث بيان مالي شهري. قم باختيار أنواع الحسابات الموجودة لديك:

حساب جاري حساب توفير أسواق المال شهادات إيداع (CD) حسابات التوفير الصحية (HSA أو FSA أو MSA أو

(HRA)

هل لديك أي أوراق مالية أو سندات أو استثمارات أخرى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إرفاق نسخ من أحدث البيانات المالية.

سيارة: خاصة إيجار (حدد خيارًا واحدًا) العلامة التجارية الطراز السنة
العلامة التجارية الطراز السنة

أقر بأن كل المعلومات الواردة هنا صحيحة وحقيقية إلى حد علمي. وأتفهم أن المعلومات تُستخدم للتبیین من مدى قدرتي على سداد قيمة الخدمات المقدمة لي بواسطة Nebraska Medicine. وبموجب هذا أُمح الإذن إلى موظفي Nebraska Medicine المفوضين لتلقي المعلومات المالية أو الإعلان عنها أو التصرف وفقًا لها، للتحقق من صحة المعلومات الواردة هنا. وتتضمن عملية التحقق التواصل، عبر الهاتف أو كتابة، مع هؤلاء الأشخاص أو الشركات أو المؤسسات، أو ما إلى ذلك، الذين ذكرتهم في مستند المعلومات المالية هذا. وقد تشمل عملية التحقق أيضًا على التحقق من التقرير الإتماني. وبموجب هذا أعفي موظفي المستشفى المعيّنين وجميع الأطراف الذين قدموا معلومات بناءً على طلب موظفي المستشفى من المسؤولية عن أي ارتكاب للأفعال أو النكوص عن القيام بها، أو الاتصالات أو الإفصاح عن معلومات التي تتم بموجب هذا التحقق. وأتفهم أن تقديم معلومات كاذبة سيؤدي إلى عدم استحقاقني تلقائيًا للحصول على أي نوع من المساعدة.

توقيع الطرف المسؤول _____ التاريخ: _____

توقيع الزوج/الزوجة _____ التاريخ: _____