

SCL Health
Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300 500
Broomfield, CO 80021-3408

شكراً على اختيارك نظام SCL Health لتلبية احتياجاتك من الرعاية الصحية. يفخر نظام Sisters of Charity of Leavenworth Health System بتقديم رعاية صحية عالية الجودة وبتكلفة ميسورة للمجتمع. نحن موجودون هنا لمساعدة الأشخاص الذي يحتاجون إلى المساعدة المالية والذين قد يكون لديهم أسئلة أو يحتاجون إلى التوجيه في تحديد خيارات الرعاية الصحية لهم ولأسرهم.

ولدى نظام SCL Health برنامج لمساعدة المرضى المحتاجين للمساعدة المالية فيما يتعلق بدفع تكاليف جميع فواتيرهم أو جزء منها. للتقديم لهذا البرنامج، يرجى تعبئة المعلومات في طلب المساعدة المالية المرفق.

ومن أجل استكمال طلبك، يجب عليك أيضاً تقديم وثائق داعمة. تتوفر قائمة بالوثائق المطلوبة في الصفحة الرابعة (4). يجب أن يتم استلام المعلومات خلال 15 يوماً من تاريخ هذه الرسالة إذا تم استلامها شخصياً. إذا شعرت بأنك بحاجة إلى شرح حالتك أكثر من أجل الحصول على المساعدة المالية، فقد تم توفير مساحة إضافية في نهاية طلب التقديم.

ويجب تعبئة طلبات التقديم بشكل كامل وإعادتها مع الوثائق المطلوبة. وعدم القيام بذلك سيبيطى من استكمال طلب التقديم ومن المحتمل أن يكون سبباً في الرفض. سيتم رفض الطلبات التي لا تحمل توقيعاً.

إذا لم تتمكن من الحصول على المعلومات أعلاه لأي سبب كان، يرجى الاتصال بمركز خدمة الإيرادات على الرقم 303-813-5400 أو 1-866-665-2636 بين الساعة 8 صباحاً و4:30 مساءً. يسعدنا مساعدتك.

حالما يتم اتخاذ القرار بشأن حسابك، سيتم إشعارك بالبريد بنتائج قرارنا.

مع الاحترام،

المنسق المالي
نظام SCL Health

طلب الحصول على المساعدة المالية للرعاية الصحية

معلومات عامة

اسم المريض _____ رقم الحساب _____
رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____
العنوان _____
المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ الدولة _____
رقم هاتف المنزل _____ رقم الجوال _____ رقم هاتف العمل _____
البريد الإلكتروني _____
 أعزب متزوج/شريك مهم مطلق/منفصل أرملة/أرمل

اسم الطرف المسؤول _____ العلاقة _____
رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____
العنوان _____
رقم هاتف المنزل _____ رقم الجوال _____ رقم هاتف العمل _____

اسم الزوج أو الزوجة _____
رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____
العنوان _____
رقم هاتف المنزل _____ رقم الجوال _____ رقم هاتف العمل _____

اسم (أسماء) وأعمار المعالين الذين يعيشون معك وتتحمل مسؤوليتهم. يرجى إدراج تاريخ الميلاد:

الاسم	العمر	تاريخ الميلاد
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

طلب المساعدة المالية

الدخل

الدخل الإجمالي المعدل (AGI) للسنة السابقة المذكور لخدمة الإيرادات الداخلية (IRS) (الموجود في النموذج 1040) _____
إذا لم ترفع طلب عائد الضريبة، يرجى التفسير _____

جهة العمل الحالية _____

العنوان _____

رقم الهاتف _____ الوظيفة _____

مدة التوظيف _____ سنة/سنوات _____ شهر/أشهر _____ دوام كامل/دوام جزئي _____

عدد الساعات المخصصة للعمل كل أسبوع _____

إذا كنت عاطلاً عن العمل، تاريخ البطالة: _____ هل تحصل على تعويض البطالة نعم / لا _____

إذا كان الجواب نعم – تاريخ البدء _____ المبلغ المستلم أسبوعياً _____

جهة العمل للزوج أو الزوجة / الشريك المهم _____

العنوان _____

رقم الهاتف _____ الوظيفة _____

مدة التوظيف _____ سنة/سنوات _____ شهر/أشهر _____ دوام كامل/دوام جزئي _____

عدد الساعات المخصصة للعمل كل أسبوع _____

إذا كنت عاطلاً عن العمل، تاريخ البطالة: _____ هل تحصل على تعويض البطالة نعم / لا _____

إذا كان الجواب نعم – تاريخ البدء _____ المبلغ المستلم أسبوعياً _____

القيمة/الرصيد	الممتلكات
	المنزل الحالي
	ممتلكات أخرى (استثمار الأراضي، إيجارات، الخ)
	المركبة (المركبات)
	الاستثمارات – الأسهم، السندات، صناديق الاستثمار المشتركة، حساب 401K، حساب التقاعد الفردي IRA، الأقساط السنوية
	حساب الادخار 1
	حساب الادخار 2
	حساب الادخار 3
	أخرى
	أخرى

الدخل على أساس شهري	الخاص بك	الزوج أو الزوجة
إجمالي الراتب		
نفقة الزوج أو الزوجة / نفقة الأطفال		
الضمان الاجتماعي		
البطالة / تعويض العمل		
التقاعد / المعاش		
الفوائد / الإيجارات		
المساعدة العامة		
أخرى		
الإجمالي الشهري		

(Office use only) Annual Total _____
(لاستخدام المكتب فقط) الإجمالي السنوي

طلب المساعدة المالية

النفقات

اسم صاحب الرهن العقاري أو مالك الأرض _____

العنوان _____

الحالية نعم / لا	غير المدفوعة مستحقة الدفع	الدفعة الشهرية	
			الرهن العقاري / الإيجار
			رابطة أصحاب المنازل
			تأمين المستأجر
			هاتف المنزل
			الجوال
			هاتف العمل
			الكهرباء / الغاز
			الماء
			الإنترنت
			الكيبل / الستالايت / الدش
			الطعام
			قرض المركبات
			قرض المركبات
			المواصلات - البنزين
			التأمين على الحياة
			التأمين الصحي
			تأمين المركبات
			الفواتير الطبية
			وصفات الأدوية
			رعاية الأطفال
			مصاريف المدرسة / القروض
			نفقة الزوج أو الزوجة / نفقة الأطفال
			فواتير البطاقة الائتمانية
			أخرى
			أخرى
			الإجمالي الشهري

(Office use only) Annual Total _____

(لاستخدام المكتب فقط) الإجمالي السنوي

أخرى

هل تحصل على قسائم غذاء؟ نعم لا

هل تحصل على إعانات طبية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، فهل تقدمت للحصول على تغطية Medicaid؟ _____ تاريخ تقديم الطلب _____

إذا كانت طلبات الإعانة قد رفضت، فما السبب الذي قدموه؟ _____

تاريخ رفض إعانة Medicaid - _____

هل هذا الحساب نتيجة تعويض العمل و/أو المطالبة بتأمين المركبات؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم - هل احتفظت باستشارة قانونية؟ نعم لا

الوثائق المطلوبة:

- طلب مستوفى وموقع ومؤرخ
- نسخة لأخر 3 أشهر لأرومات كشوفات الراتب الخاص بك وبزوجك/زوجتك و/أو الشريك المهم
- كشوفات الحسابات البنكية لفترة 3 أشهر bank statements (تشمل الحسابات الشخصية/الادخار/ التجارية وتعرض اسم صاحب الحساب ورقم الحساب)
- نسخة من رسالة (رسائل) المنح - البطالة، الضمان الاجتماعي، الخ تعرض الإعانة الشهرية
- رعاية الطفل / إعالة بأمر من المحكمة
- يجب إرسال نسخة عن عوائد الضريبة للسنة الماضية (جميع الصفحات) مع طلب التقديم. لا يمكننا قبول نماذج W2.
- إذا كنت عاطلاً عن العمل و / أو تعيش مع صديق أو مع الأسرة، يجب عليك تعبئة صفحة رقم ثلاثة (3) "النققات"

إذا كنت عاطلاً عن العمل وتعيش مع الأسرة أو مع صديق

يجب تعبئة صفحة رقم

م ثلاثة (3) من طلب التقديم المالي مبيناً ما تظهره بيانات الرهن العقاري/الإيجار الشهري والكهرباء/الغاز والكيبل. (يرجى عدم تقديم الإيصالات)

إذا كان مقدم الطلب أو زوجه/زوجته يعمل لحسابه الخاص:

يجب أن يقدم نسخة من دفتر الحسابات التجاري عن آخر ثلاثة (3) أشهر

إقامة غير الأمريكيين

تقديم نسخة من هويتك التي تتضمن صورتك. جواز السفر، التأشيرة، الخ.

سنقوم برفض طلبات التقديم غير المكتملة.

توقيعك مطلوب لإكمال طلب التقديم.

بوضع توقيعك، أشهد أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج هي صحيحة وصادقة بحد علمي. وأدرك أن نظام SCL Health يتطلب التحقق من الدخل قبل إجراء أي تحديد. وأدرك أيضاً أنه قد يتم الوصول إلى بطاقتي الائتمانية، دون تحملي أية تكلفة عن ذلك، للتحقق من المعلومات أعلاه.

التاريخ _____

التوقيع _____

يرجى استخدام الفراغ أدناه عند الحاجة:

OFFICE USE ONLY:

Family Size _____ Income _____ Yearly Expenses _____ Poverty Level _____

Out Pt. Responsibility _____ In Pt. Responsibility _____ Clinic Responsibility _____ Level: _____

Special Notes: _____

Financial Coordinator Name: _____ Approved Denied

Decision Date _____

لاستخدام المكتب فقط:

حجم الأسرة _____ الدخل _____ النفقات السنوية _____ مستوى الفقر _____

مسؤولية المريض الخارجي (غير المقيم في المستشفى) _____ مسؤولية المريض الداخلي (المقيم في المستشفى) _____

مسؤولية العيادة _____ المستوى: _____ ملاحظات خاصة: _____

اسم المنسق المالي: _____ مقبول مرفوض

تاريخ اتخاذ القرار _____