



Dignity Health®

Rehabilitation Hospital

In partnership with Select Medical

نموذج طلب المساعدة المالية

رقم (أرقام) حساب المريض	قائمة المستشفيات التي تلقيت فيها العلاج		
الاسم الأخير للمريض	الاسم الأول للمريض	رقم الضمان الاجتماعي للمريض	تاريخ ميلاد المريض
الاسم الأخير للضامن (إذا كان مختلفًا)	الاسم الأول	رقم الضمان الاجتماعي للضامن	تاريخ الميلاد
عنوان الضامن	رقم الهاتف المنزلي		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
اسم صاحب عمل الضامن	مهنة الضامن، الوظيفة أو القسم		
عنوان صاحب عمل الضامن	رقم هاتف صاحب عمل الضامن		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
اسم صاحب عمل الزوج/الزوجة	مهنة الزوج/الزوجة، الوظيفة أو القسم		
عنوان صاحب عمل الزوج/الزوجة	رقم هاتف صاحب عمل الزوج/الزوجة		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	

أفراد الأسرة (متضمنًا مقدم الطلب)

الاسم	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	صاحب العمل	الدخل السنوي
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				
(5)				
(6)				
(7)				
(8)				
(9)				
(10)				

نموذج طلب المساعدة المالية بمستشفى Dignity Health Rehabilitation (يُتبع)

في سبيل تحديد مستحقي المساعدة المالية الفعليين، يجب بدايةً طلب تقديم المعلومات الواردة أدناه لإثبات الضائقة المالية. برجاؤنا إكمال نموذج الطلب وإعادة تدوين العناصر التالية والواردة أدناه. في حالة العجز عن تقديم أحد المستندات أو كانت هناك عناصر إضافية من شأنها التأثير على التقييم، برجاؤنا تقديم بيان مكتوب يوضح موقفك.

الوثائق المطلوبة:

1. رفض الأهلية لبرنامج Medicaid من ولاية الإقامة.
2. إثبات الدخل لجميع أفراد الأسرة* خلال الاثني عشر شهرًا السابقة لتاريخ تقديم خدمات مستشفى Dignity Health Rehabilitation يمكن أن يشمل ذلك أحدث إقرارات لضريبة الدخل أو قسائم الدفع لنفس الفترة الزمنية. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فقم بتضمين الجدول C مرفق مع إقرارك الضريبي. في حالة عدم توفر هذه الوثائق، يُرجى توضيح ذلك على ورقة منفصلة، مع توضيح وضعك المالي خلال الأشهر الثلاثة الماضية، وإرساله مع نموذج هذا الطلب.

*تشمل عائلة المريض:

- أ) بالنسبة للأفراد الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكبر، الزوج أو الشريك المنزلي، كما هو محدد في القسم 297 من قانون الأسرة، والأطفال المعالين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا.
- ب) بالنسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، أحد الوالدين، والأقارب القانونيين على الرعاية بالمنزل، والأطفال الآخرين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا للوالد أو أحد الأقارب القانونيين على الرعاية.

بمجرد الانتهاء من المراجعة الأولية للوثائق المقدمة، قد نحتاج إلى ما يلي لتحديد مدى التأهل للمساعدة:

إثبات على الأصول النقدية - التي تتضمن كافة الوثائق الواردة فيما يلي:

- التحقق من كشوفات الحساب - آخر 3 أشهر
- وثائق كشوفات حساب التوفير - آخر 3 أشهر
- الأسهم والسندات وشهادات الإيداع

بتوقيعك على الوثيقة أدناه فإنك تقر بالموافقة على أن يُنظر إلى طلبك ذي الصلة بمساعدتك المالية. بالإضافة إلى ذلك، تقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمك. إذا تحققنا من أن المعلومات التي قدمتها غير كاملة أو خاطئة، فقد يُلغى أي خصم على فاتورتك ويجب عليك الدفع بالكامل. بتوقيعك على الوثيقة أدناه، فإنك تفوض مستشفى Dignity Health Rehabilitation لفحص المراجع والتاريخ الائتماني لتقييم هذا الطلب للنظر في نموذج طلب المساعدة المالية.

إذا تلقيت مدفوعات من شركة تأمين أو خطة تعويض العمال أو أي طرف ثالث، فإنك تقر بإبلاغ المستشفى بأي مدفوعات من هذا القبيل. تحتفظ المستشفى بحقها في تحصيل الرسوم الأصلية بقيمة الفواتير كاملة إذا قام طرف ثالث بالدفع مقابل خدمات المستشفى.

التاريخ

توقيع الشخص المسؤول عن الفاتورة (الضامن)

التاريخ

النسبة المعتمدة

المصدق على الوثيقة/صفته

أرسل الطلب المكتمل بالبريد إلى:

مستشفى Dignity Health Rehabilitation

عناية: Admissions Department

2930 Siena Heights Dr.
Henderson, NV 89052