

تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية/الرعاية الخيرية  
هذا نموذج طلب للحصول على مساعدة مالية (المعروفة أيضًا باسم الرعاية الخيرية) في Swedish.

يتطلب القانون الفيدرالي والقانون الوطني من جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون شروط الدخل المعينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة (سيتم النظر في كلا الخيارين من خلال هذا الطلب الموحد) بناءً على حجم عائلتك ودخلك، حتى لو كان لديك تأمين صحي. يُرجى زيارة موقع المستشفى على الرابط التالي: [https://www.swedish.org/patient-](https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance)

**ماذا تغطي المساعدة المالية؟** تغطي المساعدة المالية الرعاية الطبية اللازمة التي تقدمها إحدى مستشفياتنا أو عياداتنا ضمن مجموعة منظماتنا حسب أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المنظمات الأخرى. **إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا الطلب:** لدينا سياسات تحكم المساعدة المالية ومعلومات حول البرامج وطرق لطلب المساعدة على موقعنا الإلكتروني أو عبر الهاتف. يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية. الوثائق المكتوبة المترجمة متاحة عند الطلب.

إليك كيفية الاتصال بنا: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

الممثلون بخدمة العملاء متواجدون على الأرقام التالية: 206-320-5300 أو 877-406-0438 (1) +

من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 08:30 صباحًا حتى الساعة 04:00 مساءً

لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:

□ تزويدنا بمعلومات عن عائلتك

ذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك (تشمل الأسرة الأبناء أو الأزواج أو الأشخاص الذين تم تبنيهم ويعيشون معًا). إذا كنت تعيش في كاليفورنيا، يتم تحديد مفهوم الأسرة أو العائلة بهذه الطريقة، إذا كان المريض يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، تشمل العائلة الزوج/الزوجة، والشريك المحلي، وأي أطفال معالين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو أي عمر إذا كانوا معاقين، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا. إذا كان المريض أقل من 18 عامًا أو لطفل معال يبلغ من العمر 18 إلى 20 عامًا، فتشمل العائلة الوالدين، والأقارب الذين يقدمون الرعاية، وأقارب الوالدين الذين يقدمون الرعاية، والمعالين الآخرين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو أي عمر إذا كانوا معاقين.

□ يُرجى تزويدنا بمعلومات حول إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الضرائب والاستقطاعات) بما في ذلك قسائم الدفع أو الإقرارات الضريبية، أو معلومات دخل أخرى (مثل نماذج W-2، وخطابات منح الضمان الاجتماعي) وبيانات الدخل المستمد من الأصول. 1 (انظر قسم الدخل في طلب المساعدة المالية لمزيد من الأمثلة).

□ إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر

□ التوقيع على نموذج المساعدة المالية وتاريخه

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية. إذا قمت بتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فقد يتم استخدامه لتحديد هويتك أو استخدامه للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فيُرجى وضع علامة "لا ينطبق" أو "غير متاح". أرسل الطلب المعبأ بالبريد مع جميع الوثائق إلى: Swedish Medical Center c/o Providence

Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA

تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك. 507846221.4

لتقديم طلبك المعبأ شخصياً: توجه إلى أقرب مكتب المستشار المالي للمستشفى. سنخطرک بالقرار النهائي حول أهليتك للحصول على المساعدة وحقوقك في الطعن في القرار، خلال مدة 14 إلى 30 يوماً من تلقي الطلب المعبأ ووثائق الدخل.

من خلال تقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بإجراء الاستفسارات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

1 باستثناء ما قد يحظره قانون الولاية، ستقوم Swedish بجمع المعلومات المتعلقة بالأصول والنظر فيها كما هو مطلوب من قبل المراكز التي تقدم خدمات Medicare و Medicaid (CMS) لإجراء تقارير حول تكاليف Medicare. ينطبق هذا تحديداً على المستفيدين من برنامج Medicare الذين لا يملكون أيضاً تأمين Medicaid. بالنسبة للآخرين، تكون معلومات الأصول اختيارية.

506318055.3

نريد مساعدتك. يُرجى تقديم طلبك على الفور. يمكنك الاستمرار في تلقي كشوف الفواتير حتى نتلقى طلبك المعبأ والوثائق المطلوبة ما لم تحظر قوانين الرعاية الخيرية في ولايتك ذلك.

## نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية هو سري

يُرجى ملء جميع المعلومات بشكل كامل. إذا لم تكن الخانة تنطبق عليك، فاكتمب "لا شيء". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص			
هل تحتاج إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان نعم، فاذكر اللغة التي تريدها:			
هل يطلب المريض مساعدة Medicaid؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل المريض أعمى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل المريض معاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل يتلقى المريض خدمات حكومية عامة مثل TANF أو Basic Food أو WIC؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل المريض حاليًا بلا مأوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل الحاجة للرعاية الطبية للمريض مرتبطة بحادث سير أو حادث عمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الرجاء ملاحظة ما يلي			
<ul style="list-style-type: none"> <li>لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت بتقديم طلب.</li> <li>بعد إرسال طلبك، قد نتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات للدخل.</li> <li>في غضون 14-30 يومًا بعد استلامنا لطلبك المعبأ ووثائقك، سنخطر بك بقرارنا.</li> </ul>			
معلومات المريض والمتقدم بالطلب			
الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)	
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	نوع العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
العنوان البريدي		رقم (أرقام) الاتصال الرئيسية ( ) ( ) العنوان البريدي الإلكتروني:	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الدولة
الوضع المهني للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة			
<input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ بدء العمل):		<input type="checkbox"/> عاطل (منذ متى):	
<input type="checkbox"/> يعمل لحسابه الخاص <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> أخرى			

## نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية - سري

### معلومات عن الأسرة

اذكر أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "الأسرة" الأبناء أو الأزواج أو الأشخاص الذين تم تبنيهم والذين يعيشون معًا.

حجم الأسرة \_\_\_\_\_ أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

الاسم	تاريخ الميلاد	نوع العلاقة بالمريض	إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر: اسم صاحب (أصحاب) العمل أو مصدر الدخل	إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري الخام (قبل خصم الضرائب):	هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضًا؟
					نعم/ لا
					نعم/ لا
					نعم/ لا
					نعم/ لا
					نعم/ لا
					نعم/ لا
					نعم/ لا

يجب الكشف عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال: الأجور - البطالة - العمل الحر - تعويض العامل - الإعاقة - SSI - دعم الطفل / الزوج - برامج دراسة العمل (الطلاب) - الدخل من الأصول على سبيل المثال الأسهم والسندات وحسابات التقاعد الفردية والصناديق المشتركة ودخل الإيجار إلخ.

**SWEDISH**

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

**نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية – سري****معلومات عن الدخل****تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.**

**يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرتك. سيتم التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكثر الإفصاح عن دخلهم. إذا لم تتمكن من تقديم الوثائق، يمكنك تقديم بيان مكتوب موقع يصف دخلك. يُرجى تقديم إثبات لكل مصدر محدد للدخل. من أمثلة إثبات الدخل ما يلي:**

- بيان الضريبة على الدخل "W-2"؛ أو
  - قسائم الرواتب الحالية (3 أشهر)؛ أو
  - إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
  - بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ أو
  - بيانات الدخل من الأصول (الأسهم، السندات، حسابات IRAS، الصناديق المشتركة، إلخ)؛ أو
  - الموافقة/الحرمان من استحقاق تعويض البطالة.
- إذا لم يكن لديك دليل على الدخل أو لا يوجد دخل، فيُرجى إرفاق صفحة إضافية مع توضيح الشرح.

**معلومات المصروفات****نستخدم هذه المعلومات للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.**

نفقات المعيشة الأساسية الشهرية:

الإيجار/الرهن العقاري \$ \_\_\_\_\_ المصاريف الطبية \$ \_\_\_\_\_  
 أقساط التأمين الطبي \$ \_\_\_\_\_ المرافق \$ \_\_\_\_\_  
 مصاريف/ديون أخرى \$ \_\_\_\_\_ (دعم الطفل، قروض، أدوية، أخرى)

**معلومات ووثائق الأصول**

هل تمتلك أسرتك هذه الأصول الأخرى؟ يُرجى تحديد كل ما ينطبق

الرصيد الحالي في الحساب الجاري  
 (انظر أدناه لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى  
 تقديم كشف حساب بنكي \*)

☐ لا توجد أصول

\$ \_\_\_\_\_

☐ أسهم ☐ سندات ☐ 401K ☐ حساب (حسابات) توفير صحي

رصيد حساب التوفير العام

\$ \_\_\_\_\_

**بالنسبة للمستفيدين من برنامج Medicare الذين ليس لديهم تأمين Medicaid، قد تطلب Swedish كشوف حسابات بنكية أو وثائق مصدر مماثلة.**

\* هذه المعلومات مطلوبة فقط من المستفيدين من برنامج Medicare الذين ليس لديهم أيضًا تأمين Medicaid. بالنسبة للآخرين، تكون هذه المعلومات اختيارية. لا يجوز استخدام هذه المعلومات إلا وفقًا لسياستنا وقوانين الولاية التي تلقت فيها الرعاية والتي تم جمعها لأنها مطلوبة من قبل مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) لإجراء تقارير تكاليف Medicare.

## نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية – سري

### معلومات إضافية

يُرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي تريد منا أن نعرفها، مثل المصاعب المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

### اتفاقية المريض

أقر وأنفهم أن لدى Swedish الحق في التحقق من المعلومات عن طريق مراجعة المعلومات الانتمائية والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد أهلية الحصول على مساعدة مالية أو خطط دفع.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وحقيقية على حد علمي. أنفهم أنه إذا تم اكتشاف أن المعلومات المالية التي قدمتها خاطئة، فقد تكون النتيجة رفض المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن الخدمات المقدمة والتي يجب أن أدفعها.

التاريخ

توقيع الشخص المتقدم بالطلب