

برنامج تقديم المساعدات المالية للمرضى
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System



مكان المستشفى أو العيادة: الرجاء تحديد المكان (الأماكن) الذي يتلقى فيه المريض الرعاية الطبية

A

HF Macomb Hospitals HF Kingswood Hospital Henry Ford Hospital
HF Health Center Brownstown أو HF Wyandotte Hospital HF West Bloomfield Hospital مراكز Henry Ford الطبية
Henry Ford Allegiance Health (الرجاء التحديد: _____) أخرى

معلومات عن المريض: الرجاء استكمال هذا القسم المتعلق بالمريض الذي يتلقى الرعاية

B

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
رقم الضمان الاجتماعي: _____ رقم السجل الطبي (MRN): _____ رقم بطاقة هوية الضامن: _____

الطرف المسؤول (الضامن): الرجاء استكمال هذا القسم المتعلق بالشخص الذي يقوم بسداد الفاتورة الطبية

C

اسم الطرف المسؤول: _____ صلة القرابة بالمريض: _____
(إذا كان مختلفاً عن المذكور في القسم "ب")
عنوان الشارع: _____ الهاتف: _____
مدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: _____
هبة العمل: _____ دوام كامل هاتف العمل: _____ دوام جزئي

إثبات الأهلية للتأمين الصحي

D

1. هل أنت مؤهل لبرنامج Medicare? 1a. Medicare القسم "أ" 1b. Medicare القسم "ب"	5. هل تقدم جهة عملك أو جهة عمل زوجك/زوجتك برنامج تأمين صحي جماعي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. هل أنت مؤهل لبرنامج Medicaid?	6. هل تتمتع بتأمين من جهة عمل خلال آخر 3-6 أشهر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. هل تقدم طلباً لمساعدة مالية لخدمات ذات صلة بما يلي: 3a. حادث سيارة (Motor Vehicle Accident, MVA) 3b. ضحية جريمة 3c. تعويض عمال 3d. إصابة أخرى (انزلاق وسقوط مثلاً)	7. هل أنت مؤهل لتقديم طلب للتأمين من خلال برنامج Health Insurance Exchange؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. هل تتمتع بأي تأمين صحي آخر؟ 4a. إذا كانت الإجابة "نعم"، فالرجاء تحديد شركة التأمين:	8. هل أنت مواطن أمريكي أو تتمتع بإقامة قانونية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

دخل أفراد الأسرة الموظفين وغير الموظفين

E

ما عدد الأفراد في أسرتك؟ _____

الرجاء ذكر اسم أي فرد في الأسرة له دخل (إذا لزم الأمر، فأرفق كشفًا إضافيًا):

اسم الفرد	صلة القرابة بمقدم الطلب	إجمالي الدخل الشهري (قبل المبلغ المستقطع)
		\$
		\$
		\$
	مجموع إجمالي الدخل الشهري	\$

برنامج تقديم المساعدات المالية للمرضى
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System



الأصول المملوكة للأسرة

G

الإجمالي	نوع الأصل
\$	مبلغ نقدي
\$	حساب ادخار
\$	حساب جارٍ
\$	حساب ادخار للخدمات الصحية/الطبية
\$	السيولة النقدية (على سبيل المثال، الأسهم، السندات، حساب التقاعد الفردي (IRA)، شهادات الإيداع)
\$	إجمالي الأصول

مصادر الدخل الأخرى للأسرة (غير الموظفين)

F

المبلغ الشهري	مصادر الدخل الأخرى
\$	رعاية الطفل
\$	الرعاية التربوية، Township Trustee، دخل الكنيسة، وما إلى ذلك
\$	معاش التقاعد، الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي للمعاقين
\$	إيجار الممتلكات
\$	دفعات سنوية، الفائدة، توزيع حساب التقاعد
\$	تعويض العمال أو غير الموظفين
\$	أخرى (الرجاء التحديد)
\$	إجمالي مصادر الدخل الأخرى

تفويض

H

أفوض (HFHS) Henry Ford Health System، بموجب هذا الطلب، باستخدام المعلومات المذكورة فيه لتحديد حالة أهليتي لتلقي مساعدة مالية وفقاً لإجراءات وسياسات HFHS. أفوض HFHS بالتحقق من هذه المعلومات، عند الضرورة، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الحصول على تقرير مكتب الائتمان، والتحقق من الوظيفة و/أو الدخل، والحصول على وثائق الإثبات ذات الصلة. جميع المعلومات ووثائق الدخل التي قدمتها مع هذا الطلب صحيحة ودقيقة ومستوفاة. إذا تقرر في أي وقت أن المعلومات التي قدمتها زائفة أو غير دقيقة، فأنا ملزم برد جميع المساعدات المالية وأقبل تحمل مسؤولية سداد أي مبالغ مستحقة الدفع بالكامل وعلى الفور. أوافق أيضاً على قبول مسؤولية سداد أي مبلغ مستحق بعد أي خصومات جزئية من المساعدات المالية.

الاسم بأحرف واضحة: _____ صلة القرابة بالمرضى: _____
التوقيع: _____ التاريخ: _____

الرجاء التأكد من استكمال ما يلي قبل إرجاع طلبك:

<input type="checkbox"/> تضمين وثيقة إثبات الدخل أو خطاب الدعم	<input type="checkbox"/> تضمين وثيقة إثبات التمتع بالجنسية الأمريكية و/أو الإقامة القانونية	<input type="checkbox"/> استكمال جميع صفحات الطلب
<input type="checkbox"/> تضمين نسخ من بطاقات التأمين الطبي، في حالة التمتع بتأمين طبي	<input type="checkbox"/> تضمين نسخة من خطاب رفض من Medicaid، إذا كنت قد تقدمت بطلب وتم رفضه	<input type="checkbox"/> طلب موقع ومؤرخ