

طلب المساعدة المالية  
الرعاية الخيرية ومساعدة الدفع المخفض

## الإشعار والمساعدة

استخدم هذا الطلب لطلب الرعاية الخيرية أو مساعدة الدفع المخفض. إذا لم تكن متأكدًا من البرنامج الذي يجب طلبه، فاتصل بمكتب الأعمال للحصول على مساعدة مجانية. يجوز لك التقديم في أي وقت قبل خدمات المستشفى أو أثناءها أو بعدها.  
تعتمد الأهلية على دخل الأسرة وحجم الأسرة. لا تؤخذ الأصول المالية في الاعتبار. لا تقدم أرقام الحسابات المصرفية أو الأرصدة أو الاستثمارات أو حسابات التقاعد أو قيمة المنزل أو المركبة أو أي معلومات أخرى عن الأصول. تتوفر المساعدة اللغوية المجانية والصيغ الميسرة، بما في ذلك برايل والطباعة الكبيرة والصوت والصيغ الإلكترونية الميسرة، بالاتصال على (213) 314-1492 أو زيارة مكتب الأعمال.

## البرنامج المطلوب

اختر واحدا:  الرعاية الخيرية  مساعدة الدفع المخفض  كلاهما / غير متأكد  
مهم: إذا تقدمت بطلب لمساعدة الدفع المخفض فقط، فقد تحصل على مساعدة مالية أقل مما قد يكون متاحا لك بموجب برنامج الرعاية الخيرية. إذا لم تكن متأكدًا، يمكنك اختيار "كلاهما / غير متأكد" أو الاتصال بمكتب الأعمال للحصول على مساعدة مجانية.

## موقع المستشفى

اختر واحدا:  مركز لوس أنجلوس داون تاون الطبي  مركز ويست كوفينا الطبي

## معلومات المريض

المعلومات	البند
	تاريخ الخدمة
	اسم المريض
	تاريخ الميلاد
	العنوان البريدي
	المدينة / الولاية / الرمز البريدي
	رقم الهاتف
	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر / أفضل عدم الإجابة
	العرق - اختياري ولا يستخدم لتحديد الأهلية <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> لاتيني/هسباني <input type="checkbox"/> أمريكي أصلي/من سكان الاسبكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي/من جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

## البرنامج والتأمين وحجم الأسرة

مصدر دفع محتمل من طرف ثالث:  تأمين خاص  مدي-كال  ميديكير  دفع ذاتي  آخر  لا يوجد  
مصدر الدخل الأساسي:  العمل  العمل الحر  الضمان الاجتماعي  الإعاقة  البطالة  التقاعد/المعاش  المساعدة العامة  الدعم  آخر  لا يوجد  
لا يلزمك التقدم بطلب للحصول على تغطية صحية أخرى قبل أن يراجع المستشفى هذا الطلب لمساعدة الدفع المخفض. اذكر المريض وأفراد الأسرة المشمولين في حجم الأسرة.

الاسم	العلاقة بالمريض	العمر	الجنس

## دخل الأسرة

اذكر دخل الأسرة كدخل شهري أو سنوي. يمكنك إرفاق مستندات الدخل إذا كانت متاحة.

مصدر الدخل	المبلغ الشهري	المبلغ السنوي
أجور - المريض	\$	\$
أجور - الزوج / الشريك المنزلي	\$	\$
أجور - أفراد الأسرة الآخرون	\$	\$
دخل العمل الحر / الزراعة	\$	\$
المساعدة العامة / الضمان الاجتماعي / الإعاقة	\$	\$
البطالة / تعويضات العمال / مزايا الإضراب	\$	\$
دعم الزوج / دعم الطفل / مخصصات عسكرية	\$	\$
المعاش / التقاعد	\$	\$

المبلغ السنوي	المبلغ الشهري	مصدر الدخل
\$	\$	أرباح الأسهم أو الفوائد أو دخل الإيجار أو غير ذلك

## مستندات الدخل

يمكنك إرفاق قسائم راتب حديثة أو إقرارات ضريبية حديثة. إذا لم تكن متوفرة، يمكنك تقديم مستندات أخرى تبين دخل الأسرة. يقصد بقسائم الراتب الحديثة عادة القسائم خلال 6 أشهر قبل أو بعد أول فاتورة مستشفى، أو خلال 6 أشهر من طلب ما قبل الخدمة. ويقصد بالإقرارات الضريبية الحديثة عادة إقرارات سنة أول فاتورة مستشفى أو الأشهر الـ 12 السابقة لأول فاتورة لا يلزم تقديم معلومات عن الأصول ولن يتم استخدامها.

## معلومات الخدمة والحساب

نوع الخدمة	وحدة الخدمة	المبلغ / الوصف	التاريخ
إقامة في المستشفى	أيام إقامة	المبلغ المفوتر: \$	
خدمات خارجية	أيام خدمات خارجية	المبلغ المحصل: \$	
أخرى	تعديلات / شطب أخرى: \$	مسؤولية المريض: \$	

## المصروفات - اختياري

معلومات المصروفات غير مطلوبة للأهلية الأساسية. قد تستخدم لتقييم أهلية التكاليف الطبية المرتفعة أو خيارات خطة الدفع أو مساعدة أخرى.

المصروف	المبلغ الشهري	المصروف	المبلغ الشهري
الرهن العقاري / الإيجار	\$	التأمين الصحي	\$
المرافق / الهاتف	\$	الفواتير الطبية / المستشفى / الأطباء	\$
الطعام	\$	الأدوية / فروص السيارات / أخرى	\$

## معلومات الأصول غير مطلوبة

الأصول المالية، والمراجع المصرفية، وأرقام الحسابات، وأرصدة الحسابات، وأرصدة الاستثمارات، وأرصدة التقاعد، وقيم العقارات، وقيم المركبات، وأي معلومات أخرى عن الأصول ليست مطلوبة ولن تؤخذ في الاعتبار عند تحديد الأهلية للمساعدة المالية.

## حساب الدخل - لاستخدام المستشفى أو مساعدة مقدم الطلب

المبلغ أو القيمة	بند الحساب
\$	إجمالي الدخل الشهري الإجمالي
\$	ناقص الخصومات الشهرية، إن وجدت
\$	صافي الدخل الشهري المعدل
	حجم الأسرة
	النسبة من مستوى الفقر الفدرالي، إذا تم حسابها

## إقرار مقدم الطلب

أقر تحت طائلة عقوبة الجنت باليمين بأن الإجابات التي قدمتها صحيحة ودقيقة حسب علمي. أوافق على إبلاغ مقدم الخدمة خلال عشرة (10) أيام إذا حدثت تغييرات في دخلي أو مصروفاتي أو حجم الأسرة أو أفراد الأسرة أو العنوان. أفهم أن المعلومات التي أقدمها ستبقى سرية كما يقتضي القانون. أفهم أن معلومات الأصول غير مطلوبة ولن تستخدم لتحديد الأهلية للمساعدة المالية. إذا تلقيت خدمات رعاية صحية بسبب حادث أو إصابة، أوافق على تعويض مقدم الخدمة من أي عائدات دعوى قضائية أو تسوية متعلقة بذلك الحادث أو الإصابة، إلى الحد الذي يسمح به القانون. توقيع مقدم الطلب / الممثل المفوض: \_\_\_\_\_ التاريخ:

## مراجعة المستشفى والتحديد الكتابي

سيقوم المستشفى بمراجعة الطلب المكتمل وتقديم تحديد كتابي للأهلية.

المعلومات	البند
<input type="checkbox"/> تمت الموافقة <input type="checkbox"/> تم الرفض <input type="checkbox"/> يلزم تقديم معلومات إضافية	القرار
	التعليقات
	توقيع المراجع / التاريخ

## لاستخدام المستشفى فقط

يجب أن تستند الأهلية إلى دخل الأسرة وحجم الأسرة لا تستخدم الأصول المالية أو أي معلومات أخرى عن الأصول. إذا بدا أن المريض مؤهل للمساعدة المالية أو طلب المساعدة، فاتبع سياسة المستشفى قبل إحالة الحساب إلى التحصيل.

## معلومات الأسئلة أو الشكاوى

للأسئلة أو المساعدة في التقديم، اتصل بمكتب الأعمال على (213) 314-1492. إذا كنت تعتقد أنه تم رفض المساعدة المالية لك بشكل خاطئ، يمكنك تقديم شكوى إلى برنامج شكاوى فواتير المستشفيات في ولاية كاليفورنيا على [HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov)