

استمارة طلب الحصول على المساعدات المالية

شكرًا لك لاختيارك Central Texas Rehabilitation Hospital. إن Central Texas Rehabilitation Hospital هي خدمة كهنوتية كاثوليكية للرعاية الصحية والتي تلهمنا رسالتها برعاية صحة من نخدمهم وتحسينها وإيلاء اهتمام خاص للفئات الفقيرة والضعيفة. ودعماً لرسالتنا، نحن نوفر الإعانة المالية للمرضى الذين لا يمكنهم تحمل تكلفة الرعاية الطبية.

إذا لم تكن قادرًا على الدفع مقابل الخدمات الطبية التي تتلقاها، يمكنك التقدم بطلب للحصول على الإعانة المالية. سنقوم Central Texas Rehabilitation Hospital بمراجعة طلبك لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً أنت أو أحد أفراد عائلتك للحصول على إعانة حكومية مثل Medicaid، أو الإعانة المجتمعية أو الإعانة المالية.

تكون الإعانة المالية للخدمات الضرورية طبيًا محدودة وغير مخصصة لتستبدل التخطيط المالي المعقول أو تغطية التأمين الصحي أو التمويل العام المتاح والذي قد تكون مؤهلاً للحصول عليه.

تعليمات إكمال استمارة الطلب هذه:

يُرجى إكمال استمارة طلب الإعانة المالية المرفقة وتوفير الوثائق المطلوبة المذكورة أدناه. يُرجى عدم ترك أي عنصر خالية! لا يمكن معالجة استمارة الطلب الخاصة بك إذا لم تكن المعلومات التي قمت بتوفيرها مكتملة.

سيتم تقييم استمارة الطلب الخاصة بك وفقًا للقسم 311 من قانون الصحة والسلامة لولاية تكساس (Texas Health and Safety Code) وأيضًا وفقًا للتوجيهات التي يحددها القسم 501-R من قانون الرعاية ميسورة التكلفة (Affordable Care Act). نحن مطالبون بتحديد أهليتك للحصول على الإعانة بناءً على توجيهات مستوى خط الفقر الفيدرالي (federal poverty guidelines) وجميع مصادر الدخل الخاصة بك وبعائلتك. في بعض الحالات، نكون مطالبين بالنظر في مواردك المالية والأصول التي تملكها والممتلكات غير المعفاة بالإضافة إلى ذلك.

وبالتالي، فنحن نطالبك بأن توفر الوثائق التالية فيما يخص استمارة الطلب الخاصة بك. يجب تضمين دليل إثبات على دخل كل فرد من أفراد الأسرة قبل أن يمكننا معالجة استمارة الطلب. إذا لم تكن تملك أحد الوثائق، يُرجى أن تشير إلى "لا ينطبق" بجوار الوثيقة غير الموجودة. أي معلومات يتم تلقيها تكون خاضعة للفحص.

يُرجى توفير كل ما ينطبق:

الإقرار الضريبي الأحدث لكل فرد عامل من أفراد الأسرة [يُقبل الإقرار الخاص بالعام السابق حتى 15 إبريل]

مثال: يُقبل الإقرار الضريبي لعام 2015 حتى 15 إبريل من عام 2017

كعوب الشيكات؛ الثلاثة الأحدث من فترات تلقي الراتب لكل فرد عامل من أفراد الأسرة

خطاب من صاحب العمل على أوراق الشركة يؤكد مبلغ الدخل المذكور في استمارة الطلب

خطاب من مكتب البطالة

خطاب من مكتب الضمان الاجتماعي أو نسخة من شيك الضمان الاجتماعي

وثائق لأي شكل آخر من أشكال الدخل؛ إعالة الطفل، النفقة، دخل التقاعد، الصناديق الائتمانية، إلخ.

خطاب بقرار أي من البرامج الممولة من القطاع العام أو مصادر سداد تابعة لأطراف ثالثة؛ Medicaid، MAP، قرار بالمسؤولية

عن حادث سيارات، إلخ.

خطاب بالقرار لبرامج الإعانة الحكومية؛ قسائم الطعام، WIC، الإسكان المدعم، إلخ.

خطاب دعم من أحد أفراد الأسرة، أحد الأصدقاء، إلخ.

نسخة رسمية من شهادة المدرسة

دليل إثبات للعنوان؛ فاتورة مرافق، كشف حساب مصرفي، كشف حساب بطاقة ائتمان، إلخ. ليست أقدم من 3 أشهر

(يُتبع في الخلف)

إذا كنت مسجلاً في أحد برامج الإعانة الحكومية المدرجة في استمارة طلب الإعانة المالية، فأنت لا تحتاج لتوفير معلومات دليل إثبات الدخل بخلاف دليل إثبات الالتحاق أو خطابات المنح المرتبطة ببرنامج الإعانة الحكومي.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال هذا النموذج، يُرجى توجيه اتصالاتك كما هو موضح أدناه:

**Central Texas
Rehabilitation Hospital**

محلّي: (512) 407-2111

الرقم المجاني للمكالمات طويلة المدى:
1-888-813-0756

يُرجى إرسال هذا النموذج بريدياً بالإضافة إلى استمارة طلب الإعانة المالية المكتملة الخاصة بك إلى العنوان أدناه:

**Central Texas Rehabilitation
Hospital**

7333 N. Freeway

Suite #500

Houston, TX. 77076

بمجرد توفير جميع المعلومات، فسوف تتم معالجة استمارة الطلب الخاصة بك وسيتم إرسال إخطار بالقرار إلى عنوان الضامن الموجود بالملف. سيتم دعم أهليتك للإعانة المالية لمدة 30 يوماً. ويجب عليك إعادة تقديم طلب لأي إعانة إضافية لازمة بعد مرور أكثر من 30 يوماً بعد تاريخ استمارة الطلب الأولية. وبالمثل، إذا كنت تقدم طلباً للحصول على الإعانة المالية بأثر رجعي، فسوف ينطبق قرار أهليتك على أي مبالغ متأخرة.

استمارة طلب الحصول على المساعدات المالية

رقم حساب (حسابات) Seton: _____ رصيد (أرصدة) الحساب: _____ رقم (أرقام) السجل الطبي: _____

اسم المريض: _____
 رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد: _____ الحالة الاجتماعية: _____
 الضامن: _____ رقم الضمان الاجتماعي للضامن: _____
 عنوان الشارع: _____ رقم الهاتف: _____
 المدينة: _____ المقاطعة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

المعلومات الخاصة بالدخل

عدد المعولين: _____ عدد الأفراد الذين يتلقون دخلاً: _____ إجمالي الأجر الشهري: _____ دولار
 دخل البطالة الشهري: _____ دولار إعالة الطفل الشهرية: _____ دولار النفقة الشهرية: _____ دولار
 إيرادات الصناديق الانتمائية: _____ دولار مخصصات SSI الشهرية: _____ دولار
 دخل شهري آخر: _____ دولار
 إجمالي الدخل الشهري _____ دولار
 * يجب توفير الوثائق الداعمة لكل نوع من أنواع الدخل المذكورة*

الإعانة الحكومية

يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق

قسائم الطعام WIC (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال) الإسكان المدعم
 CHIP التابع لولاية تكساس/Medicaid Medicaid (التابع لولاية/أخرى غير تكساس): _____
 برنامج رعاية المعوزين التابع للمقاطعة (اسم المقاطعة): _____

Music Seton Care Plus (MSCP) Seton Care Plus (SCP)

* يجب توفير الوثائق الداعمة لكل نوع من أنواع الإعانة المشار إليها*

قسم معلومات الأصول

قم بتضمين جميع القيم المنطبقة

السندات _____ دولار	الأسهم _____ دولار	القيمة _____
السكن الثانوي _____ دولار	صناديق التقاعد الشخصية _____ دولار	القيمة _____
المجموعة كهوية _____ دولار	اليخت _____ دولار	القيمة _____
غير الضرورية _____ دولار	مركبة الترفيه _____ دولار	القيمة _____
الأخرى _____ دولار	القيمة _____	

القيمة الإجمالية للأصول _____ دولار

الشهادة: أنا أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي. أدرك أنه قد يتم كشف المعلومات لأغراض رفع تقارير الرعاية غير المعوض عنها.

توقيع المريض/الضامن: _____ التاريخ: _____

تم إكماله بواسطة: _____ التاريخ: _____