

مستشفى Rady Children's Hospital – San Diego

تعليمات طلب المساعدة المالية

التعليمات

يُقدّم برنامج المساعدات المالية التابع لمستشفى Rady Children's Hospital San Diego المساعدة المالية للمرضى ذوي احتياجات الرعاية الصحية اللازمة طبياً وذوي الدخل المنخفض، وغير المؤمن عليهم أو المؤمن عليهم بقيمة غير كافية، وغير المؤهلين لبرنامج تأمين حكومي، وغير القادرين على دفع تكاليف الرعاية اللازمة طبياً على أساس الوضع المالي لأسرهم. ولكي نحدد ما إذا كان المريض/الضامن مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية أم لا، نحتاج إلى معلومات مالية معينة.

يُرجى استكمال الطلب المُرفق بالكامل وإعادته مع نسخ مما يلي:

1. وثائق دخل المريض/الأسرة. يمكن التحقق من الدخل من خلال أي من الآليات التالية: 1. الإقرارات الضريبية (الخيار المُفضّل) 2. قسائم الراتب الأخيرة/حوالة الراتب أو التحقق عبر الهاتف من خلال جهة التوظيف

إذا لم يكن بمستطاع المريض/الضامن تقديم وثائق الدخل، فيجوز لمستشفى Rady Children's وفقاً لتقديرها المطلق أن تطلب منه تقديم شهادة مُوقَّعة بموجب عقوبة الحنث باليمين بشأن (i) حقيقة أي معلومات دخل مقدمة في نموذج طلب المساعدة المالية، و(ii) شرح سبب عدم تقديمه لوثائق الدخل، و(iii) التحقق من دقة حساب مستشفى Rady Children's لدخله.

2. وثائق الأصول في حالة (أ) التقدّم بطلب للحصول على رعاية خيرية و(ب) طلبها من قبل مستشفى Rady Children's.

3. وثائق النفقات الطبية المدفوعة بالفعل للمريض، بما فيها النفقات الطبية التي لم تُدفع في المستشفى في الأشهر الـ 12 السابقة، وذلك إذا كان المريض مُؤمناً عليه وكان المريض/الضامن يتقدم بطلب على أساس النفقات الطبية الباهظة. ولن يتم النظر في النفقات التي تكبدها الضامن والتي لا تتعلق بالمريض. ويجب أن تبلغ النفقات أو تتجاوز 10% من الدخل السنوي في الأشهر الـ 12 السابقة.

4. وثائق وجود/أو عدم وجود تغطية صحية من طرف ثالث (التأمين الخاص، بما في ذلك التأمين المقدم من California Benefits Exchange Health أو Medi-Cal أو CCS أو Tricare أو Medicare أو Worker's Compensation (تعويض العمال) أو التأمين على السيارات أو غير ذلك).
أ. يتوقع لجميع المرضى و/أو الضامنين الذين يتقدمون بطلب للحصول على مساعدة مالية مواصلة اتباع خيارات التأمين الصحي العام، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر Medi-Cal أو California Children's Services (خدمات أطفال كاليفورنيا)، قبل أن تتخذ مستشفى RCHSD قراراً نهائياً بشأن الأهلية لبرنامج المساعدة المالية (FAP).

تُعتبر الطلبات التي لا تتضمن مستند إثبات الدخل أو شهادة مُوقَّعة غير مكتملة ولن تتم معالجتها. وللمساعدة على استكمال هذا الطلب، يُرجى الاتصال بمستشفى Rady Children's Hospital – San Diego على الرقم 858-966-4005. ويُرجى إعادة الطلب ومستندات إثبات الدخل في غضون 21 يوماً تقويمياً بالبريد أو شخصياً إلى:

Financial Counseling Department
Rady Children's Hospital – San Diego
3020 Children's Way, MC 5055
San Diego, California 92123-4282

اسم المريض _____
 اسم الضامن _____
 اسم الضامن _____
 العنوان _____

 الهاتف _____

الحالة الأسرية: اذكر جميع الأشخاص المعالين في الأسرة

الاسم	العمر	الصلة
إجمالي عدد الأشخاص المعالين:		

العمل والمهنة

جهة توظيف الضامن: _____
 المنصب: _____
 الشخص الذي يمكن الاتصال به ورقم هاتفه: _____
 اسم العمل في حالة العمل للحساب الخاص: _____

جهة توظيف الضامن: _____
 المنصب: _____
 الشخص الذي يمكن الاتصال به ورقم هاتفه: _____
 اسم العمل في حالة العمل للحساب الخاص: _____

الدخل الشهري الحالي

الضامن _____
 الضامن _____

الراتب الإجمالي (قبل الخصومات)
 الدخل من إدارة الأعمال (في حالة العمل للحساب الخاص) إلى

يساوي الدخل الشهري الحالي

إجمالي الدخل الشهري (مجموع كلا الضامنين)

بتوقيعي على هذا النموذج، أوافق على السماح لمستشفى Rady Children's Hospital – San Diego بالتحقق من تاريخ التوظيف والائتمان بغرض تحديد أهليتي للحصول على خصم مالي. وأعلم أنني مطالب كذلك بتقديم المستندات الموضحة في تعليمات طلب المساعدة المالية الصادرة عن مستشفى RCHSD في غضون 21 يوماً. وأشهد أن كل ما ورد أنفاً صحيح وأنني قد أبلغت عن جميع دخلي. وأعلم أن هذه المعلومات تُقدّم لتحديد إمكانية الحصول على المساعدة المالية للخدمات المقدمة في مستشفى Rady Children's Hospital San Diego؛ وأن مسؤولي المستشفى قد يتحققون من المعلومات الواردة في الطلب؛ وأن التحريف المتعمد للمعلومات قد يعرّضني للاستبعاد.

التاريخ _____

توقيع الضامن _____

التاريخ _____

توقيع الضامن _____