

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

الرجاء طباعة وإكمال جميع الأقسام الخاصة بالطلب والتي تنطبق عليك. لا يمكن إكمال هذا الطلب إلكترونياً.
الرجاء قراءة جميع الإرشادات قبل إكمال الطلب.

يستخدم هذا الطلب لتقييم مدى أهليتك للحصول على المساعدة المالية في الفواتير الطبية من موفري الخدمات في Partners HealthCare. يمكنك استخدام هذا الطلب لطلب المساعدة في فواتير الرعاية الطبية من أي كيان من الكيانات التالية الخاصة بـ Partners HealthCare:

مستشفى ماساتشوستس العام	منظمة ماساتشوستس العامة للأطباء
مستشفى بريجهام وومن	منظمة أطباء بريجهام وومن
مركز نورث شور الطبي	مجموعة أطباء نورث شور
مستشفى نيوتن-ويلسلي	مجموعة نيوتن-ويلسلي الطبية
مستشفى بريجهام وومن فولكنر	مستشفى مارثا فيبينيارد
مستشفى نانتيكوت كوتيدج	مجموعة نانتيكوت كوتيدج الطبية
مستشفى كولي-ديكنسون	مجموعة كولي-ديكنسون الطبية
شبكة سبولدينج لإعادة التأهيل	مستشفى ماكلين

لا تعد المساعدة المالية الممنوحة من Partners بديلاً للتسجيل في أي برنامج تأمين صحي متاح. تحدد الخصومات بناءً على نوع الخدمات المقدمة ومكان تقديمها.

- تدخل خدمات الطوارئ والخدمات العاجلة بصفة عامة في الخصومات.
- في معظم الحالات، يتم استثناء الخدمات الاختيارية وخدمات ما بعد الرعاية الحادة وخدمات الصحة السلوكية (غير الطارئة) من خصم المساعدة المالية. يتم فحص الخدمات الاختيارية وخدمات ما بعد الرعاية الحادة وخدمات الصحة السلوكية للحصول على تصريح مالي قبل تقديم الخدمة ويمكن تأجيلها وفقاً لحالة المريض الطبية العامة بعد مراجعة موفري الخدمات المناسبين.
- الخدمات الأخرى غالباً ما يتم استثناءها من خصومات المساعدة المالية.
- يتم استثناء مدفوعات التأمين المشتركة أو التأمين المشترك أو الخصومات بصفة عامة

ينتج عن عدم التقدم لبرنامج المساعدة المالية الحكومي والذي قد تتأهل له تأخر أو رفض لطلبك. إذا احتجت إلى مساعدة في تقديم طلب لبرنامج المساعدة الحكومية، يمكن لأحد مستشاري PHS الماليين مساعدتك.

ينبغي الكشف التام عن أي تغطية أخرى، أو مطالب من جهة خارجية، أو تغطية للسيارة أو تغطية تعويض العاملين حتى يتم بحث الطلب.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص هذا الطلب، يرجى الاتصال على [Patient Financial Services](#) في المستشفى أو على الرقم (617) 726-3884.

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

قائمة التحقق في الطلب

- قم بإكمال جميع الأقسام المنطبقة - يشير القسم إلى ما إذا كان يمكن تركه فارغاً أم لا.
- أرفق نسخة من رخصة القيادة الخاصة بك أو معرف هوية آخر أو أي وثائق تثبت مكان إقامتك الحالي. أي شيء تقدمه يجب أن يكون اسمك مكتوباً فيه (القسم 1).
- أرفق وثيقة إثبات للدخل (القسم 3 والقسم 4).
 - أرفق نسخة من أحدث وثيقة IRS 1040 أو 1040A
 - إذا كان هناك تغيير حديث في دخلك، فأرفق وثيقة مثل أحدث كعوب لشيكات الراتب (بعد أدنى) و/أو بيانات البطالة و/أو بيانات البنك / الاستثمار و/أو بيانات الضمان الاجتماعي.
- إذا كانت أسرته تحقق أكثر من 300% من توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) الأمريكي، ينبغي كذلك إكمال القسم 5. تحقق أكثر من 300% من مستوى الفقر الفيدرالي إذا كان دخلك أكثر من الحدود التالية:

عدد أفراد الأسرة	1	2	3	4	5
مستوى الفقر الفيدرالي لعام 2019	37,476	50,736	63,996	77,256	90,516
	دولارًا أمريكيًا	دولارًا أمريكيًا	دولارًا أمريكيًا	دولار أمريكي	دولارًا أمريكيًا

- يمكن استخدام الأصول لتحديد مقدرتك على دفع الفواتير الطبية. تحتاج إلى تقديم المعلومات عن الأصول الخاصة بك إذا انطبق عليك أي مما يلي (القسم 6):
 - مكان إقامتك الدائمة خارج الولايات المتحدة الأمريكية
 - إذا كنت تطلب خصمًا لخدمة غير مؤهلة بصفة عامة (مثلًا، رعاية تتعلق بخدمات غير طارئة ومدفوعات مشتركة وتأمين مشترك وخصومات)
 - إذا كنت تطلب خصمًا في مستشفى ماكلين، أو Partners HealthCare at Home أو منشأة شبكة سبولدينج.
- قم بإعادة الطلبات المكتملة مباشرة إلى أحد [مستشاري PHS الماليين للمرضى](#) أو عبر البريد العادي إلى:

Partners HealthCare
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

حتى تضمن مراجعة طلبك، يرجى إكمال جميع الأقسام ما لم يشار إلى غير ذلك. سيتم تأخير معالجة الطلب إذا لم تقم بإكمال المعلومات أو الوثائق المطلوبة.

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

1. المعلومات الأساسية

يرجى إكمال هذا القسم الخاص بمقدم الطلب. يكون مقدم الطلب إما المريض أو الشخص المسؤول ماليًا عن المريض.

الوثائق اللازمة: يرجى إرفاق الوثائق التي تثبت مكان الإقامة: رخصة القيادة أو معرف هوية آخر أو وثائق تثبت مكان إقامتك الحالي. أي شيء تقدمه يجب أن يكون اسمك مكتوبًا فيه.

MI	الاسم الأول	الاسم الأخير
النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		تاريخ الميلاد
عنوان المراسلة (يرفق الرمز البريدي للمدينة أو الولاية)		أرقام الهواتف المنزل: () العمل: () الهاتف الخليوي: ()
تواريخ الخدمات المقدمة للمريض (يرفق مكان تقديم الخدمات)		اسم المريض (إذا كان مختلفًا عن الطلب)
		تاريخ ميلاد المريض (إذا كان مختلفًا عن مقدم الطلب)
		رقم السجل الطبي الخاص بالمريض (MRN) ورقم الحساب (كشف الحساب)

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

2. معلومات العائلة

إذا كان ممكناً، يرجى ذكر زوج أو زوجة المريض والأطفال تحت عمر 19 عامًا والذين يعيشون مع مقدم الطلب. يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا كان مقدم الطلب لا يعيش مع زوج / زوجة أو أطفال.

اسم فرد الأسرة	القرابة	تاريخ الميلاد

3. الدخل المكتسب

يرجى إتمام هذا القسم عن الدخل المكتسب لمقدم الطلب وكل فرد في المنزل المذكوراً في القسم 2 ويعمل. يرجى ذكر الدخل الإجمالي، وهو الدخل قبل الضرائب والخصومات. يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا كان مقدم الطلب وأفراد أسرته / أسرته ليس لديه دخل.

الوثائق اللازمة: يرجى إرفاق الوثائق التي تثبت هذا الدخل: كعوب شيكات الراتب، ضرائب الدخل، كشف حساب W2، بيانات البنك أو أي إثبات آخر.

اسم فرد الأسرة العامل	اسم الموظف و عنوانه	إجمالي المبلغ الوارد	التكرار يرجى اختيار أحد الخيارات	استخدام المنشأة فقط
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

4. دخل آخر

يرجى إتمام هذا القسم عن الدخل الوارد لمقدم الطلب وكل فرد في المنزل المذكورًا في القسم 2 ويتلقى دخلاً آخر. الدخل الآخر هو المال الذي تتلقاه من غير صاحب العمل الذي تعمل لديه. يرجى ذكر الدخل الإجمالي، وهو الدخل قبل الضرائب والخصومات. يمكن ترك هذا القسم فارغًا إذا كان مقدم الطلب وأفراد أسرته / أسرته ليس لديه دخل آخر.

الوثائق اللازمة: يرجى إرفاق الوثائق التي تثبت هذا الدخل: كعوب شيكات الراتب، ضرائب الدخل، كشف حساب W2، بيانات البنك أو أي إثبات آخر.

نوع الدخل	فرد (أفراد) الأسرة الدخل المتلقى	إجمالي المبلغ المتلقى	التكرار ضع دائرة حول أحد الخيارات	استخدام المنشأة فقط
يعاني من البطالة			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
الضمان الاجتماعي			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
فوائد مالية			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
مدفوعات سنوية أو معاشات			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
دعم الطفل والنفقة			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
الدخل من الإيجار			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
تعويضات العاملين			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
الفوائد والأرباح الموزعة			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
غير ذلك			أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	

5. نفقات الرعاية الصحية الأخرى

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. الرجاء إكمال هذا القسم فقط إذا كان دخل الأسرة أكثر من 300% من توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي (كما هو محدد في الصفحة 2).

إذا تجاوزت 300% من توجيهات مستوى الفقر الفيدرالي، تحتاج إلى ذكر نفقات الرعاية الصحية من المواقع غير المذكورة في الصفحة 1 (أي بخلاف منشآت Partners HealthCare). يمكن ترك هذا القسم فارغًا إذا كان دخل الأسرة أقل من 300% من مستوى الفقر الفيدرالي أو إذا لم يكن لديك نفقات رعاية صحية من منشآت خارج Partners HealthCare. قد يتم طلب الوثائق ولكن ليس الآن.

النفقات الطبية	إجمالي المبلغ	كم مرة تتكرر التكلفة؟	استخدام المنشأة فقط التكلفة الإجمالية
الفواتير الطبية		أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	
فواتير الصيدلية		أسبوعيًا، شهريًا، سنويًا	

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

6. معلومات الأصول

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. الرجاء إكمال هذا القسم فقط إذا:

- كان مكان إقامتك الدائمة خارج الولايات المتحدة الأمريكية أو
- كنت تطلب خصماً للرعاية غير الطارئة أو المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك أو الخصومات. المرضى الذين يطلبون المساعدة المالية للرعاية غير الطارئة المقدمة في كيان شبكة سبولدينج أو مستشفى ماكلين لا يحتاجون إلى تقديم معلومات الأصول.

يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا لم يناسبك أي من الفئات المذكورة أعلاه.

الوثائق اللازمة: يرجى إرفاق الوثائق التي تثبت هذا الدخل: بيانات البنك أو أي إثبات آخر.

لا تحتاج إلى إرفاق مكان الإقامة الأساسي (حيث تعيش)

القيمة النقدية	اسم البنك أو الشركة	المالك (المالكون)	الأصل
			حسابات المدخرات
			التحقق من الحسابات
			حسابات اتحاد الائتمان
			أموال الصناديق الائتمانية
			السندات / الأسهم
			حسابات السوق المالي
			الأموال المتبادلة
			الممتلكات التجارية أو الاستثمارية
			غير ذلك

طلب المساعدة المالية الخاص بـ Partners HealthCare

7. الترخيص

الرجاء قراءة هذا القسم بعناية والتوقيع أدناه.

جميع المعلومات في هذا الطلب صحيحة على حد علمي. أوافق على تقديم وثائق إضافية عند طلبها. أفهم أن هذه المعلومات السرية لا يمكن الكشف عنها إلى أي جهة خارج Partners HealthCare System, Inc. بدون موافقة مسبقة مني.

توقيع مقدم الطلب _____ التاريخ _____

إذا كنت توقع بالنيابة عن المتقدم: جميع المعلومات في هذا الطلب صحيحة على حد علمي.

توقيع الممثل المعتمد قانوناً _____ التاريخ _____

اسم الممثل المعتمد _____ وعلاقته بالمتقدم _____

رقم الهاتف للاتصال _____

قبل التقديم، الرجاء التأكد من إكمال جميع الأقسام الخاصة بهذا الطلب وإرفاق جميع الوثائق اللازمة للتحقق من الحالة المالية. لن يتم اعتماد الطلبات غير المكتملة.