

استمارة مساعدة مالية

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
العنوان الحالي: _____ رقم الهاتف المنزلي: _____
الحالة الاجتماعية: _____ الحالة الوظيفية: _____ رقم الهاتف البديل: _____

إذا كان مقدم الطلب متزوجاً، فاستكمل ما يلي:

اسم الزوج/الزوجة: _____ تاريخ الميلاد: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
الحالة الوظيفية للزوج/الزوجة: _____

أذكر أديان جميع الأفراد المذكورين في الإقرار الضريبي (إذا كنت بحاجة لمساحة إضافية، فافرق وثيقة منفصلة):

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الدخل: _____
الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الدخل: _____
الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الدخل: _____
الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الدخل: _____

ضع علامة أديانك إذا استوفيت أي شرط من الشروط المذكورة: (أرفق الوثائق).

[] تتلقى خدمات ميديكيد من الولاية
[] تتلقى قسائم غذائية/وجبات مدرسية مدعومة/قسائم غذائية للنساء والرضع والأطفال (WIC)/برنامج التأمين الصحي للأطفال بولاية لويزيانا (LACHIP)/برنامج الإسكان والتنمية الحضرية (HUD)
[] تتلقى وصفات طبية تمولها الدولة
[] بلا مأوى/معوز
[] متوفى بدون زوج/زوجة/عقارات
[] عرضة و/أو ضحية للجريمة العنيفة

اعتبارات الدخل: (إجمالي الدخل من العمل، التعويض عن البطالة، دخل الضمان الاجتماعي/دخل الإعاقة من الضمان الاجتماعي، التقاعد، والمصادر الأخرى للدخل)

إجمالي الدخل الشهري للمريض	معدل الساعة/عدد ساعات العمل بالأسبوع	مصادر الدخل
إجمالي الدخل الشهري للزوج/الزوجة	معدل الساعة/عدد ساعات العمل بالأسبوع	مصادر الدخل
إجمالي الدخل الشهري لأفراد الأسرة الآخرين الذين يقيمون في المنزل	معدل الساعة/عدد ساعات العمل بالأسبوع	مصادر الدخل

يؤخذ دخل الأسرة بعين الاعتبار عند اتخاذ قرار بالمساعدة المالية. يستخدم ما يلي عند حساب الدخل ودخل الأسرة:

- يشمل دخل الأسرة الأرباح، والتعويض عن البطالة، وتعويض العاملين، والضمان الاجتماعي، ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي، والمساعدات العامة، ومدفوعات قدامى المحاربين، وفوائد الناجين، ودخل التقاعد أو المعاش، والفوائد، والأرباح، والإيجارات، والملكية، والدخل من العقارات، والودائع، والمساعدات التعليمية، والنفقة، ودعم الطفل، والمساعدة من خارج الأسرة، والمصادر المتنوعة الأخرى.
- بناءً على أساس ما قبل خصم الضرائب. يشمل دخل جميع أفراد الأسرة الذين يقيمون معاً والمعالين المذكورين في الإقرار الضريبي للدخل. (أما غير الأقارب، مثل المقيمين من غير أفراد الأسرة، فلا يُحسبون). بالنسبة للمعالين الذين يعيشون خارج المنزل، يجب أن يتضمن دخل الأسرة دخل المعال، جنباً إلى جنب مع دخل أولئك الذين يصرحون بأنهم معالين في الإقرار الضريبي.
- يشمل دخل الأسرة أيضاً الموارد أو الممتلكات التي يمكن تحويلها بسهولة إلى نقد، بما في ذلك وليس على سبيل الحصر، حسابات الشيكات، وحسابات التوفير، والأسهم، والسندات، وشهادات الإيداع، والنقد. يستثنى مما سبق حساب التقاعد الفردية وخطط 401K إلى أن يتم تحويل المال.

بتوقيعي على هذه الوثيقة، أشهد أنا، المريض أو مقدم الرعاية، بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة إلى حد علمي. علاوة على ذلك، إذا تقرر أن مقدم الطلب مؤهل للحصول على خدمات ميديكيد، أو خدمات ميديكيد، أو غيرها من خطط التأمين الأخرى، فسوف أتخذ أي إجراء ضروري من أجل الحصول على هذه المساعدات وسوف أدفع للمستشفى المبلغ المسترد لتسديد رسوم المستشفى. إذا ثبت أن أية معلومة قدمتها غير صحيحة، فإنني أفهم أن المستشفى قد تعيد تقييم وضعي المالي، وتتخذ أي إجراء مناسب. من المفهوم أيضاً أن استكمال هذه الاستمارة ليست ضماناً للموافقة على برنامج المساعدة المالية المقدم من فرانسيسكان ميشينيريز أوف أور ليدي هيلث سيستم (FMOL-HS). بقدر الإمكان، أوافق على الإفراج عن بياناتي الخاصة لشركات الأدوية لأغراض المراجعة فقط في برامج الأدوية المساعدة للمرضى. كما أشهد أنني سوف أتصل/أخطر المؤسسة في حال حدوث تغيير في بيانات التأمين الصحي/الدخل.

توقيع مقدم الطلب _____

التاريخ: _____

التحقق من الدخل والوثائق الداعمة

مطلوب التحقق من الدخل لتقديم استمارة المساعدة المالية. يجب تقديم الوثائق التالية:

1. استمارة المساعدة المالية بعد ملء بياناتها
 2. بطاقة هوية مصورة أو بطاقة هوية قانونية
 3. معظم الإقرارات الضريبية الحديثة للمريض/الضامن، أفراد الأسرة الذين يعيشون في المنزل، والمعالين المذكورين في الإقرار الضريبي للمريض/الضامن. إذا لم يكن مطلوباً من المريض/الضامن تقديم ملف الضرائب الفيدرالية (بسبب الدخل المنخفض أو انعدام الدخل)، فمطلوب بيان صادر عن مصلحة الضرائب IRS.
- الرقم المجاني لمصلحة الضرائب 1-800-908-9946 أو 800-829-1040**
4. إثبات دخل المريض/الضامن، وأفراد الأسرة الذين يعيشون في المنزل، والمعالين المذكورين في الإقرار الضريبي للمريض/الضامن.
أ. إذا كان مقدم الطلب موظفاً: مطلوب أحدث 3 شيكات راتب من محل العمل، وبيانات مصرفية عن آخر 3 شهور، وأحدث استمارة W-2.
ب. إذا كان مقدم الطلب يعمل لحسابه الخاص: مطلوب بيان الدخل الشهري من العمل الحر أو نسخة من دفتر حسابات العمل/موجز حساب شيكات العمل.
ج. إذا كان مقدم الطلب لا يعمل: مطلوب نسخة من بيانات الاستقادة من دخل الإعاقة من الضمان الاجتماعي، المصادر الأخرى من دخل/فوائد الضمان الاجتماعي، استمارة 1099R، المعاش، المساعدات العامة، تعويضات العاملين، الصندوق الائتماني، التعويض عن البطالة، الدعم العسكري، دعم الأطفال، النفقة، شيكات المساعدات الحكومية، شيكات التقاعد، وأو بيان موثق للدعم.
 5. إذا كان مقدم الطلب متوفى وليس له أي طرف آخر مسؤول، فمطلوب نسخة من شهادة الوفاة لإثبات أن المريض متوفى قبل مراجعة استمارة المساعدة المالية.

قرار المساعدة المالية

1. ينبغي استلام الاستمارة بعد ملء بياناتها جنباً إلى جنب مع الوثائق الداعمة في غضون 30 يوماً من طلب الحصول على المساعدة المالية.
2. الاستثمارات التي لا تستوفي هذه الشروط قد تعود إلى مقدمها أو تُعد لاغية.
3. يجب التعامل مع طلبات الحصول على المساعدة المالية على الفور ويجب على فرانسيسكان ميشينيريز أوف أور ليدي هيلث سيستم (FMOL-HS) إخطار المريض أو مقدم الطلب خطياً خلال 30 يوماً من استلام الاستمارة المكتملة.
4. في حال الموافقة، سيتم تطبيق المساعدة المالية من تاريخ البدء في نظر استمارة المساعدة المالية ولمدة الشهور الستة التالية.

يمكنك تقديم بياناتك إلى دائرة القبول والتسجيل أو إرسالها بالبريد إلى المواقع التالية:

Our Lady of the Lake RMC
ATTENTION: Admissions Dept. / Financial Counseling
5000 Hennessy Blvd
Baton Rouge, LA 70808
St. Elizabeth Hospital
ATTENTION: Admissions Dept. / Financial Counseling
1125 W Highway 30
Gonzales, LA 70737
Assumption Community Hospital
ATTENTION: Admissions Dept.
135 Highway 402
Napoleonville, LA

St. Francis Medical Center
ATTENTION: Admissions Dept. / Financial Counseling
309 Jackson St.
Monroe, LA 71201
Our Lady of Lourdes RMC
ATTENTION: Admissions Dept. / Financial Counseling
4801 Ambassador Caffery Pkwy
Lafayette, LA 70508
Our Lady of the Angels Hospital
ATTENTION: Admissions Dept. / Financial Counseling
433 Plaza Street
Bogalusa, LA 70247