

## استمارة طلب الحصول على المساعدة المالية

شكراً لك على اختيارك مستشفى PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock. تشتمل سياسة مستشفى PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock على تقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لا يملكون تأميناً صحياً أو ليس لديهم تأمين كافٍ، وربما يكونون غير قادرين على دفع المبلغ الكامل مقابل الرعاية الصحية التي يتلقونها بناءً على دخلهم وأصولهم واحتياجاتهم.

إذا كنت غير قادر على دفع تكاليف الخدمات الطبية التي تتلقاها، فيمكنك التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية. وسوف نراجع استمارة طلبك لتحديد ما إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلاً للحصول على مساعدة حكومية مثل برنامج Medicaid، أو المساعدة المجتمعية، أو المساعدة المالية.

إن المساعدة المالية مقابل الخدمات الطبية الضرورية محدودة، وليس الغرض منها أن تحل محل التخطيط المالي المعقول، أو تغطية التأمين الصحي، أو التمويل العام المتاح الذي قد تكون مؤهلاً للحصول عليه.

### تعليمات إكمال استمارة الطلب هذه:

يرجى إكمال استمارة طلب الحصول على المساعدات المالية المرفقة وتقديم المستندات المطلوبة المذكورة أدناه. ويرجى عدم ترك أي عنصر دون إجابة! إذ لا يمكن معالجة استمارة طلبك إذا كانت المعلومات المقدمة غير مكتملة.

سيتم تقييم طلبك وفقاً للقسم 311 من قانون الصحة والسلامة في ولاية تكساس (Texas Health and Safety Code)، بالإضافة إلى المبادئ التوجيهية المنصوص عليها في القسم 501-R من قانون الرعاية ميسورة التكلفة (Affordable Care Act). ونحن مطالبون بتحديد أهليتك للحصول على المساعدة بالاستناد إلى المبادئ التوجيهية الفيدرالية الخاصة بالفقر وجميع مصادر دخلك ودخل أسرتك. وفي بعض الحالات، يتعين علينا وضع مواردك المالية، وأصولك المملوكة، والممتلكات غير المغطاة في عين الاعتبار، بالإضافة إلى الدخل.

طبقاً لما سبق، نطلب منك تقديم المستندات التالية بخصوص استمارة طلبك. ويجب تضمين إثبات الدخل لكل فرد من أفراد الأسرة قبل أن تتمكن من معالجة استمارة الطلب. وإذا لم يكن لديك أحد المستندات، فيرجى الإشارة إلى "لا ينطبق" بجوار المستند غير الموجود. وأي معلومات واردة هي خاضعة للتحقق.

### يرجى تقديم جميع المستندات المطلوبة:

- \_\_\_\_\_ أحدث إقرار ضريبي للدخل لكل فرد عامل من أفراد الأسرة (يُقبل إقرار العام الماضي حتى 15 أبريل. على سبيل المثال: سوف يُقبل الإقرار الضريبي لعام 2015 حتى 15 أبريل من عام 2017)
  - \_\_\_\_\_ كعوب شيكات الأجر؛ آخر ثلاث فترات مدفوعة الأجر لكل فرد عامل من أفراد الأسرة
  - \_\_\_\_\_ خطاب من جهة العمل على قرطاسية الشركة يؤكد الدخل المذكور في استمارة الطلب
  - \_\_\_\_\_ خطاب من مكتب البطالة
  - \_\_\_\_\_ خطاب من مكتب الضمان الاجتماعي أو نسخة من شيك الضمان الاجتماعي
  - \_\_\_\_\_ مستندات تخص أي شكل آخر من أشكال الدخل (إعالة الطفل، أو نفقة الزوجة/الزوج، أو دخل التقاعد، أو صناديق الائتمان، أو غير ذلك)
- إذا كانت لديك أسئلة، أو احتجت إلى مساعدة في إكمال هذه الاستمارة، فيرجى الاتصال بالرقم 512-268-9592. يرجى تقديم استمارة طلبك للحصول على المساعدة المالية المكتملة إلى جانب جميع المستندات المطلوبة إما شخصياً أو عبر البريد العادي على العنوان التالي:

PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock  
351 Seton Parkway  
Round Rock, TX 78665  
Attn: Admissions Office

بمجرد تقديم جميع المعلومات، ستنتم معالجة طلبك وسيُرسَل لك إخطار بالقرار إلى عنوان الضامن المسجل. وسوف تستمر أهليتك للحصول على المساعدة المالية لمدة 30 يوماً. بعد مرور أكثر من 30 يوماً من تاريخ تقديم استمارة الطلب الأولي، يجب إعادة تقديم طلب للحصول على أي مساعدة إضافية مطلوبة. وبالمثل، إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية بآثر رجعي، فسوف يُطبق قرار أهليتك على أي مبالغ مستحقة.

## استمارة طلب الحصول على المساعدة المالية

|                                             |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| اسم الطرف المسؤول:                          |  | اسم العائلة                                                                                                                                      |  | الاسم الأول                                                                                                                                |  | الاسم الأوسط |  |
| اسم المريض إذا كان مختلفًا عن الطرف المسؤول |  |                                                                                                                                                  |  | رقم حساب (حسابات) المستشفى:                                                                                                                |  |              |  |
| الزوج(ة)                                    |  |                                                                                                                                                  |  | عدد المعالين                                                                                                                               |  |              |  |
| عنوان الشارع                                |  |                                                                                                                                                  |  | هاتف المنزل ( )                                                                                                                            |  |              |  |
| المدينة والولاية والرقم البريدي             |  |                                                                                                                                                  |  | هاتف العمل ( )                                                                                                                             |  |              |  |
| المهنة                                      |  | صاحب عمل (إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، مع التوضيح)                                                                                                 |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| رقم الضمان الاجتماعي                        |  | العنوان                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| عدد سنوات العمل في جهة العمل                |  | المرتب _____ بالساعة <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/><br>دخل آخر: _____ المصدر _____ |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| <b>الزوج(ة)</b>                             |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| المهنة                                      |  | صاحب عمل (إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، مع التوضيح)                                                                                                 |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| رقم الضمان الاجتماعي                        |  | العنوان                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| الهاتف ( )                                  |  | عدد سنوات العمل في جهة العمل                                                                                                                     |  | المرتب _____ بالساعة <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/>                          |  |              |  |
| دخل آخر                                     |  | المصدر                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| <b>الأصول</b>                               |  |                                                                                                                                                  |  | <b>الالتزامات المالية/ الإجمالي الشهري</b>                                                                                                 |  |              |  |
| النقد المتوفر                               |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | الزهن العقاري/مدفوعات الإيجار                                                                                                              |  | دولار _____  |  |
| الحساب الجاري*                              |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | قسط التأمين:                                                                                                                               |  | دولار _____  |  |
| حساب التوفير*                               |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> السيارة، <input type="checkbox"/> الرعاية الطبية، <input type="checkbox"/> شؤون المنزل                            |  | دولار _____  |  |
| حساب الاتحاد الائتماني*                     |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | غير ذلك:                                                                                                                                   |  | _____        |  |
| أسهم عقارية                                 |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | مرافق: <input type="checkbox"/> الغاز، <input type="checkbox"/> الكهرباء، <input type="checkbox"/> المياه، <input type="checkbox"/> الهاتف |  | دولار _____  |  |
| السيارات المملوكة                           |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | مدفوعات السيارة                                                                                                                            |  | دولار _____  |  |
| الطراز/العام                                |  | القيمة _____                                                                                                                                     |  | الطعام                                                                                                                                     |  | دولار _____  |  |
| الطراز/العام                                |  | القيمة _____                                                                                                                                     |  | التزامات مالية أخرى:                                                                                                                       |  | دولار _____  |  |
| الحسابات الائتمانية                         |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | الوصف                                                                                                                                      |  | المدفوعات    |  |
| مصادر أخرى                                  |  | دولار _____                                                                                                                                      |  | الرصيد                                                                                                                                     |  | _____        |  |
| (أسهم، سندات)                               |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                            |  |              |  |
| *الفرع المصرفي وأرقام الحسابات:             |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                            |  |              |  |

أعلن بموجب ذلك أن المعلومات السابقة حقيقية وتخضع لعقوبة التزوير بموجب القانون.

التوقيع

التاريخ