

مهم: قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية مجانية أو مخفضة. ويساعد إكمال هذا الطلب مستشفى Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago (يُشار إليها فيما يلي باسم "المستشفى") في تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة أو برامج عامة أخرى يمكنها مساعدتك في دفع تكاليف الرعاية الصحية نيابةً عنك. يرجى تقديم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم تكن مؤمناً عليك، فلا يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي لتصبح مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية مجانية أو مخفضة. لكن يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي للاستفادة ببعض البرامج العامة مثل برنامج Medicaid. ورغم أنه لا يُشترط تقديم رقم الضمان الاجتماعي، فإنه يساعد المستشفى في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على أي برامج عامة.

يرجى إكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى بشكل شخصي أو إرساله عبر البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس، وذلك للتقدم بطلب للحصول على خدمات رعاية مجانية أو مخفضة، على العنوان أدناه في غضون 240 يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى أو تلقي الرعاية في العيادة الخارجية.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago  
225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611  
هاتف: 877.924.8200 | فاكس: 312.227.9501  
hospitalbilling@luriechildrens.org

رقم (أرقام) حساب		المريض:		رقم الضامن:	
<b>معلومات المريض</b>					
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	عدد أفراد الأسرة
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل	
صاحب العمل	عنوان صاحب العمل		الهاتف الخليوي		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الدخل الشهري	هاتف العمل	
لن يؤثر الرد على الأسئلة أدناه المتعلقة بالعرق والأصل الإثني والجنس واللغة المفضلة أو عدم الرد عليها في نتيجة الطلب.					
العرق (اختياري)	الأصل الإثني (اختياري)	الجنس (اختياري)	اللغة المفضلة (اختياري)		
<b>معلومات الضامن (ولي الأمر/الوصي)</b>			العلاقة بالمريض <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/> والدة <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>		
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	السن	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل	
صاحب العمل	العنوان		الهاتف الخليوي		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الدخل الشهري	هاتف العمل	
<b>معلومات الضامن (ولي الأمر/الوصي)</b>			العلاقة بالمريض <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/> والدة <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>		
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	السن	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل	
صاحب العمل	العنوان		الهاتف الخليوي		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الدخل الشهري	هاتف العمل	

معلومات الاتصال بالمريض/عائلته عبر البريد الإلكتروني	
برنامج الأهلية المفترض	
قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية إذا كنت مسجلاً حالياً في أحد برامج المساعدة المحددة المدرجة أدناه. ويلزم تقديم دليل على أنك مسجل حالياً في أحد هذه البرامج، ولن تكون هناك حاجة إلى أي وثائق أخرى ولا إلى تقديم معلومات الدخل الشهري المطلوبة أعلاه.	
يرجى وضع علامة في خانات الاختيار أدناه إذا كنت مسجلاً حالياً في أي من البرامج الآتية.	<input type="checkbox"/>
برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)	<input type="checkbox"/>
برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)	<input type="checkbox"/>
برامج الغذاء والفتور المجاني في إلينوي	<input type="checkbox"/>
برنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل (LIHEAP)	<input type="checkbox"/>
أذكر الاسم:	برنامج مجتمعي يتيح إمكانية الحصول على الرعاية الطبية
أذكر الاسم:	برنامج يقدم المساعدة للحصول على خدمات طبية
	برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
	برنامج دعم الإسكان الإيجاري التابع لهيئة تطوير الإسكان في إلينوي
إذا لم تكن مسجلاً في أي من البرامج المذكورة أعلاه في الوقت الحالي، فيرجى تقديم مستند واحد على الأقل لكل من المتطلبين التاليين:	
1. مستندات الدخل الأسري (أمثلة على المستندات المقبولة: آخر إقرار ضريبي؛ آخر اسنمارتي W-2 و 1099؛ آخر كشفين للراتب؛ إثبات كتابي من صاحب العمل إذا كانت طريقة الدفع نقداً؛ الأشكال الأخرى من المستندات التي تغدها المستشفى مقبولة)	
2. مستندات الإقامة في إلينوي (أمثلة على المستندات المقبولة: المستندات المقدمة بشأن المتطلب رقم 1 أعلاه التي تتضمن إثبات الإقامة، بطاقة الهوية الصادرة عن الولاية، فاتورة مرافق سكنية حديثة، عقد إيجار، بطاقة تسجيل مركبة، بطاقة تسجيل الناخبين، بريد موجه إلى المريض أو الضامن من الحكومة أو من مصدر موثوق، بيان من أحد أفراد الأسرة يقيم في العنوان نفسه يفيد إثبات الإقامة، خطاب من مأوى للمشردين أو مسكن مؤقت أو أي مرفق آخر مماثل يثبت أن المريض أو الضامن يقيم به؛ رخصة قيادة مؤقتة للزوار).	
ملاحظة: على الرغم من أن المستشفى عادةً ما تكون قادرة على تحديد الأهلية باستخدام المستندات المطلوبة أعلاه، فإنها قد تطلب مزيداً من المعلومات التوضيحية خلال عملية تحديد الأهلية مثل العناصر الآتية: معلومات حساب التوفير والحساب الجاري، الأسهم، شهادات الإيداع، صناديق الاستثمار المشتركة، الممتلكات العقارية، معلومات حساب الإنفاق المرن/الادخار الصحي.	

إقرار مقدم الطلب: أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وسليمة على حد علمي. وسأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها للمساعدة على دفع فاتورة المستشفى هذه. وأفهم أنه يحق للمستشفى التحقق من المعلومات المقدمة، وأفوض المستشفى بالتواصل مع أطراف أخرى، إذا لزم الأمر، للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. كما أفهم أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن عمد في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، وقد يتم استرجاع أي مساعدة مالية ممنوحة لي، وسأكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

يمكن توجيه الأسئلة أو الاستفسارات المتعلقة بهذا الطلب إلى خدمة عملاء الفواتير - [hospitalbilling@luriechildrens.org](mailto:hospitalbilling@luriechildrens.org)

إذا كنت بحاجة إلى استشارة مالية، فيرجى الاتصال بالمستشارين الماليين في Lurie Children عبر (312)- 227-1230 (حدد الخيار 2، متبوعاً بالخيار 2)

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية طلب الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو عملية المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنايب العام في إلينوي عبر <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> أو من خلال 1-877-305-5145.