

طلب المساعدة المالية

هام: قد يكون بإمكانك تلقي الرعاية مجاناً أو بأسعار مخفضة: استكمال هذا الطلب سوف يمكن مستشفى Ann & Robert H. Lurie للأطفال من تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات مجانية أو بأسعار مخفضة أو غيرها من البرامج العامة التي يمكن أن تساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى تقديم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم يكن لديك تأمين طبي فإنه ليس هناك حاجة لرقم الضمان الاجتماعي للتأهل للحصول على الرعاية المجانية أو الرعاية بأسعار مخفضة. ومع ذلك، تتطلب بعض البرامج العامة رقم الضمان الاجتماعي، بما في ذلك برنامج "Medicaid". توفير رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب ولكنه سوف يساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي من البرامج العامة.

يرجى استكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى شخصياً، أو عن طريق البريد، أو عن طريق البريد الإلكتروني، أو عن طريق الفاكس لطلب الرعاية المجانية أو الرعاية بأسعار مخفضة على العنوان أدناه.

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

يقر المريض أو ولي الأمر (أولياء الأمور) أنه أو انها قد بذل جهداً بحسن نية لتقديم كافة المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد فيما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية.

رقم (أرقام) حساب المريض:		رقم الضامن:	
معلومات المريض			
اسم العائلة	الاسم الاول	الاسم الاوسط	تاريخ الميلاد
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل			
رقب العمل	العنوان		
رقم الهاتف المحمول			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الدخل الشهري
رقم هاتف العمل			
معلومات ولي الأمر (أولياء الأمور)		العلاقة مع المريض	
اسم العائلة	الاسم الاول	الاسم الاوسط	العمر
			رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل			

رقم الهاتف المحمول	العنوان			رب العمل
رقم هاتف العمل	الدخل الشهري	الرمز البريدي	الولاية	المدينة
العلاقة مع المريض <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> غير ذلك		معلومات الضامن (الأب/ولي الأمر)		
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	العمر	الاسم الأوسط	الاسم الأول	اسم العائلة
رقم هاتف المنزل	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الشارع
رقم الهاتف المحمول	العنوان			رب العمل
رقم هاتف العمل	الدخل الشهري	الرمز البريدي	الولاية	المدينة

طلب المساعدة المالية

معلومات الاتصال الخاصة بالبريد الإلكتروني للمريض / الأسرة		=
برنامج الأهلية المفترضة		
قد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية إذا كنت مسجلاً حالياً في أحد برامج المساعدة المحددة المدرجة أدناه. يرجى الاطلاع على البرامج وبيان ما إذا كنت مسجلاً حالياً في برنامج ما. (يجب أن يتم توفير إثبات التسجيل الحالي في البرنامج ولكن لن يكون هناك حاجة لوثائق أخرى، ومعلومات الدخل الشهري المطلوبة أعلاه)		
0251660288251661312		
يرجى الإشارة في العمود إلى اليسار إذا كنت مسجلاً حالياً في أي من البرامج التالية.		
برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)		
برنامج مساعدة التغذية التكميلية (SNAP)		
برامج إينوي لوجبات الإفطار والغذاء المجانية		
برنامج المساعدة في فواتير الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (ILHEAP)		
اذكر اسم البرنامج:	برنامج مجتمعي يوفر فرص الحصول على الرعاية الطبية	
اذكر اسم البرنامج:	منح مساعدة للخدمات الطبية	
	المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)	
	برنامج IHDA لدعم إيجار السكن	
إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على البرامج المذكورة أعلاه، يرجى تقديم المعلومات التالية لكل فرد تنطبق عليه من أفراد الأسرة:-		
<ol style="list-style-type: none"> 1) نسخة من أحدث إقرار ضريبي (1040) 2) نسخة من آخر ثلاثة بيانات راتب لجميع أفراد الأسرة العاملين 3) إذا كان ذلك ممكناً، نسخة من قرار الضمان الاجتماعي 4) إذا كان ذلك ممكناً، نسخة من بيان البطالة 5) الإيرادات الأخرى (دعم الطفل، والنفقة، ورسالة من صاحب العمل إذا كان يتم دفع الراتب نقداً) 		
ملاحظة: على الرغم من أن المستشفى قادر عادة على تحديد الأهلية باستخدام الوثائق المفصلة أعلاه إلا أنه قد يطلب مزيداً من التوضيح للمساعدة في عملية التأهيل، بما في ذلك العناصر التالية: معلومات الحساب الجاري وحساب الادخار، والأسهم، وشهادات الإيداع، وصناديق الاستثمار، والأملاك العقارية، ومدخرات الصحة / معلومات حساب الإنفاق المرن.		

المصادقة على الطلب: أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وسليمة حسب علمي. سوف أتقدم بطلب إلى أي مساعدة خاصة بالولاية أو مساعدة اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها وذلك للمساعدة في دفع قيمة مطالبة المستشفى هذه. وأنا أفهم أن المستشفى قد يقوم بالتحقق من المعلومات المقدمة، وقد خولت المستشفى للاتصال بأطراف ثالثة إذا لزم الأمر للتحقق من دقة المعلومات الواردة في هذا الطلب. وأدرك أنني لن أكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية إذا قمت عن علم بتقديم معلومات غير صحيحة في هذا الطلب، وأنه قد يتم عكس أي مساعدات مالية منحت لي، وأني سوف أكون مسؤولاً عن دفع مطالبة المستشفى.

التاريخ:

توقيع مقدم الطلب: