متطلبات طلب المساعدة المالية

شكرًا لاهتمامك ببرنامج المساعدة المالية (Financial Assistance Program) في Norton Healthcare. صمّمنا برنامجنا لتقديم الدعم المالي للاحتياجات الطبية للأشخاص المؤهلين.

لتحديد أهليتك، يجب أن نستلم طلب المساعدة المالية مكتملًا بالكامل مع جميع المستندات الداعمة المطلوبة.

المستندات المطلوبة

يرجى تقديم ما يلي:

- طلب مساعدة مالية مكتمل بالكامل **وموقّع ومؤرّخ**.
- **كشوف حسابات بنكية لمدة ثلاثة (3) أشهر لجميع الحسابات البنكية** التي يملكها أفراد الأسرة. يجب أن تتضمن الكشوف جميع الصفحات، حتى لو كانت الصفحة فارغة.

هدفنا هو معالجة طلبك بأسرع وقت ممكن. سيساعدنا تقديم جميع المعلومات المطلوبة وقت التقديم على تسريع المراجعة وتجنّب التأخير غير الضروري.

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص عملية التقديم أو المستندات المطلوبة، يُرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء (Customer Service) على الرقم **6300-479-(502)**. يسعدنا تقديم المساعدة لك.

شكرًا لتعاونك ولإتاحة الفرصة لنا لخدمتك.

مع أطيب التحيات،

فريق المساعدة المالية في Norton Healthcare

طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الخاصة بنظام NORTON HEALTHCARE

رقم الحساب: _____

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: ___ / ___ / ___ رقم الضمان الاجتماعي (Social Security number, SSN): _____

العنوان: _____ هاتف المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البريد الإلكتروني: _____

هل المريض مواطن أمريكي؟ نعم لا هل المريض مقيم شرعي بالولايات المتحدة؟ نعم لا

جهة عمل المريض (إذا كان قاصرًا، معلومات ولي الأمر): _____ الهاتف: _____

جهة عمل الزوج/الزوجة (إذا كان قاصرًا، معلومات ولي الأمر): _____ الهاتف: _____

إذا كان لديك تأمين صحي، يُرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم الشركة: _____ هاتف الشركة: _____

رقم البوليصة: _____ حامل البوليصة: _____

هل كانت هذه الإقامة بالمستشفى بسبب حادث سيارة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الحادث: _____

معلومات المحامي: _____

هل يتعلق الحساب بتعويضات العمال؟ نعم لا تاريخ الإصابة: _____

معلومات المحامي: _____

اذكر أسماء أفراد أسرة المريض وأعمارهم وصلتهم به:

الاسم	تاريخ الميلاد	صلته بالمريض

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى الكتابة على ظهر هذه الصفحة)

الدخل (شهريًا):

الدخل الإجمالي للمريض (إذا كان المريض قاصرًا، الدخل الشهري للوالدة): دولار _____

الدخل الإجمالي للزوج/الزوجة (إذا كان المريض قاصرًا، الدخل الشهري للوالد): دولار _____

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، فمن الذي يسدد نفقاتك؟ _____

برنامج كنتاكي للإعانة الانتقالية (Kentucky Transitional Assistance Program, K-TAP): دولار _____ مخصصات البطالة: دولار _____

إعالة/نفقة الطفل: دولار _____ قسائم الطعام: دولار _____

الضمان الاجتماعي: دولار _____ المعاش: دولار _____

دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)/دخل ذوي الإعاقة: دولار _____ مصادر دخل أخرى: دولار _____

➢ **إجمالي الدخل الشهري: دولار** _____

النفقات (شهريًا):

الإيجار/الرهن العقاري: دولار _____ الطعام والمؤن: دولار _____

الهاتف: دولار _____ المرافق: دولار _____

النفقات الأخرى: دولار _____

➢ **إجمالي النفقات الشهرية: دولار** _____

الموارد القابلة للعد:	المصرف	القيمة
حساب جاري:		
حساب ادخار:		
السوق النقدي:		
صناديق الاستثمار المشتركة:		
الأسهم:	خطة 401k _____ خطة 403B _____	
السندات:	حساب التقاعد الشخصي (Individual Retirement Account, IRA) _____	
الموارد الأخرى:		

➢ **إجمالي الموارد:** دولار _____

العقارات:

المنزل:	العقارات الأخرى:
اسم المرتهن	اسم المرتهن
القيمة الحالية	القيمة الحالية
قيمة الملكية الحالية	قيمة الملكية الحالية (القيمة الحالية مطروح منها ما تدين به)

هل لديك منازل أخرى؟ _____

(إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر اسم المرتهن والعنوان والقيمة الحالية وقيمة الملكية الحالية)

تشهد هذه الوثيقة على أنني أطلب النظر في أمر حصولي على الإعانة المالية من نظام NORTON HEALTHCARE

أوافق أنا بموجب هذه الوثيقة بأن أقدم لنظام Norton Healthcare المعلومات الضرورية لتحديد أهليتي للحصول على الإعانة في سداد الفواتير الطبية الصادرة بناءً على الخدمات التي تلقيتها في المنشآت الخاصة به. وأنا أعي أن أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية قد يكون لديهم سياسات إعانة مالية يمكنها أن تساعدني في سداد الفواتير الطبية الصادرة من مقدمي الرعاية هؤلاء. على هذا النحو، أصرح لنظام Norton Healthcare بتقديم نسخة من طلبي لمقدمي الرعاية هؤلاء الذين يطلبونه للاستعانة به في تحديد ما إذا كنت مؤهلًا للحصول على مخصصات بموجب برامج الإعانة المالية الخاصة بهم.

أقر أنا أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب هي معلومات دقيقة وصحيحة على حد علمي وتقديري. وأعي أنه إذا قدمت معلومات كاذبة أو حجبت أي معلومات عند التقدم بطلب للحصول على الإعانة، فسيُرفض طلبي وسيواصل نظام Norton Healthcare تحصيل أي أرصدة مستحقة متأخرة. وفي هذه الحالة، قد أكون أيضًا عرضة للملاحقة الجنائية بتهمة الاحتيال. وأوافق على إخطار نظام Norton Healthcare بأي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج، بما في ذلك العنوان ورقم الهاتف والدخل.

_____ _____

توقيع الطرف المسؤول التاريخ

➢ **يُرجى إعادة الطلب المكتمل مع نسخة من كشوفات الحساب المصرفية لجميع الحسابات الجارية وحسابات الادخار لـ3 أشهر الأخيرة.**

أعد المعلومات إلى:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO BOX 719046
CHICAGO, IL 60677-7046

رقم هاتف خدمة العملاء: (502) 479-6300
رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية: (502) 629-8883
عنوان البريد الإلكتروني: FAP@nortonhealthcare.org
لمزيد من المعلومات، زر الموقع الإلكتروني: www.nortonhealthcare.com/FAP