

يرجى إكمال الطلب بالكامل والتأكد من التوقيع على بيان الإقرار في الصفحة 3.
أرفق نسخاً من المستندات التالية لمقدمي الطلبات كافة.

الرجاء الإرسال إلى: **St. Clair Health**
Financial Assistance
121 SITUS COURT
SUITE 200
RALEIGH, NC 27606

سيؤدي عدم إعادة جميع المستندات إلى تأخير إجراءات أو التسبب في رفض الطلب.
يرجى إرفاق نسخ فقط لأن أي مستندات يتم تقديمها للأسف لا يمكن إرجاعها.

يرجى إرفاق ما يثبت كل الدخل المستلم خلال آخر 30 يوماً قبل تقديم الطلب وذلك لكل من مقدم(ة) الطلب وزوجته (زوجها).

أحدث كشوف الحسابات الجارية والإدخارية (جميع الصفحات) قبل تقديم الطلب.

في حالة وفاة المريض، يرجى تقديم نسخة من شهادة الوفاة وخطاب يوضح حالة التركة.

إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على هاتف رقم **412-344-3408**
من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً



الحد الأقصى لدخل الأسرة

تُمنح المساعدة المالية للمرضى الذين تقل درجة انتمائهم عن الحد الإئتماني الحالي للمستشفى البالغ 550. تستند المبادئ التوجيهية للبرنامج (للمرضى الحاصلين على درجة انتمائية أكبر من الحد الإئتماني للمستشفى البالغ 550) إلى المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية: السجل الفيدرالي / المجلد 87، رقم 14 / الاثنين 12 فبراير 2022، ص 73316-3315

الخصم			حجم الأسرة
100%	30%	20%	
27180 دولارًا أمريكيًا	33975 دولار أمريكي	40770 دولارًا أمريكيًا	1
36620 دولارًا أمريكيًا	45775 دولارًا أمريكيًا	54930 دولارًا أمريكيًا	2
46060 دولارًا أمريكيًا	57575 دولار أمريكي	69090 دولارًا أمريكيًا	3
55500 دولار أمريكي	69375 دولارًا أمريكيًا	83250 دولار أمريكي	4
64940 دولارًا أمريكيًا	81175 دولار أمريكي	97410 دولارًا أمريكيًا	5
74380 دولارًا أمريكيًا	92975 دولارًا أمريكيًا	111570 دولارًا أمريكيًا	6
83820 دولارًا أمريكيًا	104775 دولار أمريكي	125730 دولارًا أمريكيًا	7
93260 دولارًا أمريكيًا	116575 دولارًا أمريكيًا	139890 دولارًا أمريكيًا	8

* كل فرد إضافي في الأسرة 4720 دولارًا أمريكيًا

البيانات الديموغرافية للمريض

اسم المريض _____
رقم هاتف المريض _____
عنوان المريض _____

البيانات الديموغرافية للأسرة

الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	قائمة بجميع أفراد الأسرة
نفسه		

- هل أنت مواطن أمريكي؟
إذا كان الجواب بالنفي، فهل أنت مقيم بشكل دائم وتقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة؟*
* إذا كان المريض مقيمًا بشكل دائم، فقدم نسخة من المستندات الرسمية
- هل أنت طالب بدوام كامل؟
هل أنت حامل أم كان دخولك المستشفى مرتبطًا بالحمل؟
هل لديك طلب Medicaid معلق أو مقبول؟
هل لديك تأمين طبي؟
- لا نعم
لا نعم
لا نعم
لا نعم
لا نعم
لا نعم

تدقيق الأصول المنزلية وحسابات التوفير

الرصيد	البنك/المؤسسة	نوع الحساب (جاري أو ادخار)

أصول منزلية أخرى قابلة للحساب

الرصيد	البنك/المؤسسة	نوع الأصل
		الأسهم/السندات
		شهادة إيداع
		سندات المدخرات الأمريكية
		حساب المدخرات الصحية (HSA)
		شهادة المدخرات
		نادي الكريسماس أو الإجازة
		أخرى

الدخل الإجمالي الشهري

العضو رقم 4 في الأسرة	العضو رقم 3 في الأسرة	العضو رقم 2 في الأسرة	المريض	
				الأجور/الراتب/الإكراميات
				تعويض البطالة
				الضمان الاجتماعي
				دعم الطفل
				دخل العمل الحر
				دخل الفوائد/توزيعات الأرباح
				المعاش
				إيرادات الإيجار
				المدفوعات المضمونة
				تعويضات العمال
				أخرى

ملاحظة - إذا لم يكن لديك دخل وكنت تتلقى دعمًا ماليًا من شخص آخر، فيرجى إكمال والتوقيع على البيان أدناه:

لا يوجد دخل حاليًا. أنا أدمهم حاليًا بالطعام والمأوى وأي احتياجات من الملابس. كما أنني أمنحهم مساعدة مالية بمبلغ _____ دولار أمريكي في المتوسط/الشهر.

X

التاريخ

توقيع مانح الدعم

إقرار- يجب على كل مقدمي الطلبات التوقيع

أقسم (أو أؤكد) أن جميع المعلومات المشار إليها في هذا النموذج حقيقية وصحيحة وكاملة بقدر استطاعتي وعلى حد علمي واعتقادي. أوافق على إبلاغ St. Clair Hospital، في غضون أسبوع واحد، بجميع التغييرات في الدخل أو الموارد المالية أو غيرها من المعلومات المشار إليها في هذا النموذج والتي قد تؤثر على أحقيتي لتلقي المساعدة المالية في St. Clair Hospital. أفهم أنه قد يتم الرجوع إلى معلوماتي الائتمانية والمعلومات المالية الأخرى للتحقق من كشف حسابي وأهليتي للبرنامج.

سيتم إرسال البيانات الاحتياطية من قبل المريض بغرض الحصول على مساعدة مالية إلى وزارة العدل في بنسلفانيا لمقاضاة مقدمها. لن يُغذ المرضى الذين يقومون بتزوير طلب البرنامج مؤهلين للبرنامج وسيتم تحميلون المسؤولية عن جميع الرسوم المتكبدة أثناء التسجيل في البرنامج بأثر رجعي إلى اليوم الأول الذي تم فيه تكبد الرسوم بموجب البرنامج.

X

التاريخ

توقيع مقدم الطلب