

طلب الحصول على مساعدة مالية



عزيزي المريض /عزيزتي المريضة

مهم - يمكن أن تحصل على الرعاية المجانية أو مخفضة الثمن: يساعد إكمال هذا النموذج SSM Health على تحديد ما إذا كان بإمكانك تلقي الخدمات المجانية أو مخفضة الثمن أو غير ذلك من البرامج العامة التي يمكن أن تساعدك على دفع مقابل الرعاية الصحية الخاصة بك. الرجاء تقديم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم يكن لديك تأمين، لا يلزم وجود رقم ضمان اجتماعي لكي تتأهل للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة. ومع ذلك، يلزم توافر رقم ضمان اجتماعي لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. ولا يلزم توفير رقم ضمان اجتماعي، إلا أنه سوف يساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من أي برامج عامة أم لا.

الرجاء إكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى شخصياً أو عبر البريد أو عبر البريد الإلكتروني، أو عبر الفاكس من أجل تقديم طلب للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة خلال 60 يوماً بعد تاريخ خروجك من المستشفى أو تلقي الرعاية للمرضى الخارجيين.

يقر المريض أنه قام ببذل جهد معقول بحسن نية من أجل توفير كل المعلومات المطلوب في الطلب لمساعدة المستشفى على تحديد ما إذا المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا.

قائمة التحقق:

- أكمل طلب التقديم ووقع عليه
- تم تقديم وثيقة إقرار ضريبي فيدرالية حديثاً (أو خطاب لعدم التقديم)
- بيانات بنكية تفصيلية لآخر ثلاثة أشهر (حسابات الشيكات والتوفير)
- وسيلة للتحقق من إجمالي الدخل لآخر شهرين (لكل أفراد الأسرة)

برجاء ملاحظة ما يلي: لن تتمكن SSM Health من تقرير الأهلية بدون توافر الوثائق المناسبة. الرجاء التحقق من أنك قد قمت بتجميع كل الوثائق المطلوبة. فعدم إرسال الوثائق المطلوبة يؤدي إلى تأخير معالجة الطلب الخاص بك.

الرجاء إرسال نسخ غير معدلة وبدون تدبيس من الوثائق. فلن تتمكن SSM من إعادة الوثائق الأصلية التي يتم النظر فيها لأغراض الإعانة المالية.

كما يجب على المرضى الذين يعتبرون أنهم مؤهلين للإعانات الخيرية الافتراضية هذا الطلب كذلك.


إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال طلبات التقديم أو إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بإدارة خدمات العملاء في SSM Health لطرح الأسئلة على الرقم **989-6789 (855)**.

عبر الفاكس
(314) 989-6734



عبر البريد الإلكتروني:
financialaid@ssmhc.com



عبر البريد 
Patient Business Services:SSM Health
Attn: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132

معرف الضامن: _____
 (لاستخدام المكتب فقط)

لتجنب التأخر في معالجة طلب التقديم الخاص بك، الرجاء إكمال كل الحقول التي تسري عليك.

معلومات المريض

اسم المريض:	رقم الهاتف	رقم حساب المريض	تاريخ الميلاد	رقم الشقة	المدينة / الولاية / الرمز البريدي	يعيش مع الوالدين / غير ذلك <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، يتم إرسال بيان الداعم إلى المريض من أجل إكماله	<input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> ملكية خاصة	رقم الضمان الاجتماعي:	عدد أفراد الأسرة: (أكمل قسم الأسرة أناه)	هل قمت بتقديم طلب للاستفادة من Medicaid: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الرجاء إرفاق خطاب القرار	مؤمن عليه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	صاحب العمل:	عدد سنوات العمل؟	موظف: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة كونك عاطلاً، اذكر اسم آخر صاحب عمل عملت معه وتواريخ العمل:
-------------	------------	-----------------	---------------	-----------	-----------------------------------	--	---	-----------------------	--	--	---	-------------	------------------	---	--

معلومات الطرف المسؤول (إذا كان مختلفاً عن المريض)

اسم الضامن:	رقم الهاتف	رقم حساب المريض	تاريخ الميلاد	رقم الشقة	المدينة / الولاية / الرمز البريدي	يعيش مع الوالدين / غير ذلك <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، يتم إرسال بيان الداعم إلى المريض من أجل إكماله	<input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> ملكية خاصة	رقم الضمان الاجتماعي:	عدد أفراد الأسرة (أكمل قسم الأسرة أناه):	هل قمت بتقديم طلب للاستفادة من Medicaid: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الرجاء إرفاق خطاب القرار	مؤمن عليه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	صاحب العمل:	عدد سنوات العمل؟	موظف: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة كونك عاطلاً، اذكر اسم آخر صاحب عمل عملت معه وتواريخ العمل:
-------------	------------	-----------------	---------------	-----------	-----------------------------------	--	---	-----------------------	--	--	---	-------------	------------------	---	--

معلومات الأسرة

الرجاء إرفاق ورقة إضافية لأعضاء الأسرة الإضافيين، بما في ذلك كل الوثائق المطلوبة.

اسم العائلة	الاسم الأول	العلاقة به	تاريخ الميلاد	موظف؟ (قم بتوفير الوثائق)	طالب بدوام كامل؟ (قم بتوفير الوثائق)	الدخل الشهري (قم بتوفير الوثائق)	شخص معال؟ (قم بتوفير الوثائق)	الحالة القانونية
		الذات		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟			<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا صاحب العمل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تأشيرة طالب؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني <input type="checkbox"/> بدون وثائق

الرجاء توفير دليل على الدخل الكلي لما يلي (بما في ذلك، دون الحصر): الأجر والضمان الاجتماعي (خطاب المنح) والمعاش (المعاشات) والبطالة / تعويضات العمال والنقطة / إعانة الأطفال والإعانة الحكومية ومدفوعات الإعاقة وامتيازات الإضراب والمنح التعليمية / المنح والأرباح / الفوائد والدخل من الإيجار والنقد مقابل الخدمات وما إلى ذلك. يجب أن يقوم الطلاب من الدول الأخرى بتقديم تأشيرة الطلاب والجدول الدراسي الحالي. لا تعتبر البيانات البنكية وسيلة للتحقق / دليلاً على الدخل.

برجاء ملاحظة ما يلي: اعتماداً على ظروف طلب التقديم الخاص بك، يمكن أن نطلب المزيد من الوثائق (مثل، دون الحصر: فواتير الأسرة، الفواتير الطبية، بيان الدخل / بيان الداعم، تقارير الائتمان، وغير ذلك من الأدلة لدعم الاحتياجات المالية).

- إلينوي
- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
 - St. Mary's Hospital (Centralia)

- ميسوري
- St. Francis Hospital and Health Services
 - SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
 - SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson Cit
 - SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
 - SSM DePaul Health Center

- ميسوري
- SSM St. Clare Health Center
 - SSM St. Joseph Health Center
 - SSM St. Joseph Health Center - Wentzville
 - SSM St. Joseph Health Center West
 - SSM St. Mary's Health Center

- أوكلاهوما
- Bone & Joint St. Anthony Hospital
 - St. Anthony Hospital
 - St. Anthony Shawnee Hospital

- ويسكونسين
- St. Clare Hospital
 - St. Mary's Hospital (Madison)
 - St. Mary's Janesville Hospital

معرف الضامن: _____
(لاستخدام المكتب فقط)

أصول الأسرة

اسم فرد الأسرة	حساب (حسابات) الشيكات اسم البنك	رقم الحساب والرصيد	حساب (حسابات) الإيداع اسم البنك	رقم الحساب والرصيد	رقم الحساب والرصيد	غير ذلك (حساب) التقاعد الفردي (IRA)، معاق حالياً (IRA)، وما إلى ذلك	الرصيد
اسم فرد الأسرة	التوفيرات الصحية / حساب الإنفاق المرن (القيمة)	المركبة (السنة / الطراز / الموديل)	قيمة المركبة	العقارات (العقار الرئيسي، الإيجار، وما إلى ذلك)	قيمة العقار	غير ذلك / القيمة	

الرجاء إرفاق ورقة منفصلة لمعلومات الأصول الإضافية، بما في ذلك كل الوثائق المطلوبة.

التزامات الأسرة

النفقات	شهرياً	الرصيد المستحق
الإسكان		
المرافق		
الطعام		
الانتقال		
رعاية الأطفال		
القروض		
النفقات الطبية		
نفقات أخرى (يرجى سردها)		
غير ذلك:		

الرجاء إرفاق ورقة منفصلة لمعلومات الالتزامات الإضافية. ** المرضى الذين يتلقون الرعاية في مستشفيات إلينوي فقط. إذا كان المريض يقي بمعايير الأهلية الافتراضية الموضحة في ILAC 4500.40، 77، أو مؤهل بشكل افتراضي بطريقة أخرى بسبب دخل الأسرة، فإنه لا يتوجب على المريض إكمال هذا القسم من الطلب.**

اتفاقية المريض

أقر أن المعلومات الموجودة في هذا الطلب صحيحة وسليمة حسب علمي. وسوف أقوم بتقديم الطلب للاستفادة من أي دعم من الولاية أو دعم فيدرالي أو محلي يمكن أن أكون مؤهلاً للحصول عليه للمساعدة في دفع أي فواتير للمستشفى. أفهم أن المعلومات التي أقوم بتوفيرها يمكن أن تقوم المستشفى بالتحقق منها، وأمنح المستشفى التصريح للاتصال بالأطراف الأخرى من أجل التحقق من دقة المعلومات التي يتم توفيرها في هذا الطلب. وأنا أفهم أنني إذا قمت بتوفير معلومات غير صحيحة عن علم في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للحصول على الدعم المالي، ويمكن أن يتم إلغاء أي دعم مالي أحصل عليه، وسوف أكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى.

التاريخ

توقيع الطرف المسؤول أو الزوج / الزوجة

التاريخ

توقيع المريض

ملخص الإعانة المالية

كما يمكن أن يكون المرضى الذين لا يملكون التغطية التأمينية الكافية مؤهلين كذلك للحصول على الإعانة. يمكن أن يساعد المستشارون الماليون لدينا في تقرير أهليتك للحصول على الإعانة المالية. وإذا أمكن، يمكنهم مساعدتك في تقديم طلب للاشتراك في برنامج Medicaid أو في وضع خطة مالية.

يتوقع من المرضى التعاون مع عملية تقديم الطلبات للحصول على الإعانة المالية في SSM Health. يمكن أن تقتصر الأهلية للحصول على الإعانة المالية على السكان في مناطق الخدمة الرئيسية لمواقع رعاية SSM Health. في الحالات التي يبدو فيها المريض مؤهلاً للإعانة المالية، إلا أنه لا يوجد دليل على ذلك، يمكن أن تستخدم SSM Health الوكالات الخارجية لتقرير الأهلية من عندها.

تتاح ترجمات لسياسة الإعانة المالية وسياسة الفوترة والتحصيل وملخص اللغة البسيطة وطلب التقديم للحصول على الإعانة المالية باللغات التالية على الموقع ssmhealth.com/financialaid: الإسبانية والألمانية والصينية والفيتنامية والفرنسية والصلوب كرواتية والكورية والروسية والتاجالوج والعربية والهامونج واللاوسية.

يتم توفير نسخة من سياسة الفوترة والتحصيل، والتي تصف الإجراءات التي قد تتخذها SSM Health في حالة عدم الدفع، مجاناً عند الطلب.

يمكن أن تقوم SSM Health في أي وقت بمراجعة المعايير التي تحدد أهلية المريض للحصول على الإعانة المالية.

قم بتقديم الطلب وكل الوثائق المطلوبة عبر البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس أو شخصياً. تحقق من أن SSM Health تدرك حساسية المعلومات الشخصية الخاصة بك وتبذل قصارى جهدها لحماية خصوصيتك.

تلتزم SSM Health بتوفير الإعانة المالية للأشخاص الذين لا يملكون التأمين أو الذين لا يكفي تأمينهم أو غير المؤهلين للمشاركة في برنامج حكومي أو الذين لا يمكنهم دفع مقابل الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لسبب آخر. تقوم SSM Health بتوفير الرعاية في الحالات الطبية الطارئة للأفراد بغض النظر عن قدرتهم على الدفع.

تتاح المساعدة المالية وفقاً لنطاق متغير حسب القدرة على الدفع. وتعتمد الاحتياجات المالية لكل مقدم طلب على مستويات الفقر الفيدرالية، والتي تشمل على الدخل وعدد أفراد الأسرة. لا تنتظر الاحتياجات المالية في أمر العمر أو النوع أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو حالة الهجرة أو التوجه الجنسي أو الانتماء الديني. تحد SSM Health من المبلغ المدفوع في حالات رعاية الطوارئ والرعاية الضرورية من الناحية الطبية والتي يتم توفيرها للمرضى المؤهلين للإعانة المالية بموجب هذه السياسة بما لا يتجاوز الرسوم الإجمالية للرعاية مضمرة في نسبة AGB.

لتقديم طلب للاستفادة من الإعانة المالية، يجب أن تقوم بإكمال طلب تقديم الإعانة المالية. اتصل على الرقم **989-6789 (855)** أو قم بزيارة الموقع ssmhealth.com/financialaid لتلقي طلب تقديم مجاني. يجب أن يتم تضمين الوثائق التالية مع الطلب الخاص بك:

- بيانات حسابات التوفير والشيكات (لآخر ثلاثة أشهر)
- وسيلة للتحقق من الدخل (لآخر شهرين)
- إقرار ضريبي فيدرالية عن العام الماضي أو خطاب عدم تقديم

يتلقى المرضى الذين لا يملكون تأمين خصوصاً تلقائياً على الفواتير الصادرة بحقهم. ويتم تسجيل ذلك في بيان الفاتورة. ولا يؤدي ذلك إلى عدم أهليتك للحصول على الإعانة المالية. بالنسبة للمرضى غير المؤمن عليهم، يتم تطبيق الإعانة المالية بعد الخصم.

عبر البريد الإلكتروني:

financialaid@ssmhc.com



عبر الفاكس

(314) 989-6734



عبر البريد

Patient Business Services:SSM Health
Attn: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132



شخصياً

الرجاء مقابلة المستشار المالي في المنشأة التي تلقت الرعاية بها. العناوين مسجلة أدناه.

أوكلاهوما

Bone & Joint St. Anthony Hospital
1111 N. Dewey Ave.
Oklahoma City, OK 73103

St. Anthony Hospital
1000 N. Lee
Oklahoma City, OK 73102

St. Anthony Shawnee Hospital
1102 W. Macarthur St.
Shawnee, OK 74804

ميسوري

SSM St. Mary's Health Center
6420 Clayton Rd.
Richmond Heights, MO 63117

SSM St. Clare Health Center
1015 Bowles Ave.
Fenton, MO 63026

SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
2505 Mission Dr.
Jefferson City, MO 65109

SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain
620 E. Monroe
Mexico, MO 65265

St. Francis Hospital and Health Services
2016 South Main Street
Maryville, MO 64468

ميسوري

SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
145 S. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63104

SSM DePaul Health Center
12303 DePaul Dr.
St. Louis, MO 63044

SSM St. Joseph Health Center
300 First Capitol Drive
St. Charles, MO 63301

SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
500 Medical Drive
Wentzville, MO 63385

SSM St. Joseph Hospital West
100 Medical Plaza
Lake Saint Louis, MO 63367

ويسكونسين

St. Clare Hospital
707 14th St.
Baraboo, WI 53913

St. Mary's Hospital
700 S. Park St.
Madison, WI 53715

St. Mary's Janesville Hospital
3400 E. Racine St.
Janesville, WI 53546

إيلينوي

St. Mary's Hospital - Centralia
400 N. Pleasant Ave
Centralia, IL 62801

Good Samaritan Regional Medical Center - Mount Vernon
1 Good Samaritan Way
Mount Vernon, IL 62864