

معلومات مقدم الطلب

يجب ملء جميع الحقول

تاريخ الخدمة (الماضي أو المستقبل): _____ المنشأة: _____

الاسم الكامل للمريض: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

تاريخ الميلاد: _____ العنوان الفعلي: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

العنوان البريدي: _____ رقم السجل الطبي: _____

رقم الهاتف: _____ اسم الشخص الذي يكمل الطلب: _____

الصلة مع المريض: _____

أفراد الأسرة حسب الاسم القانوني، بما في ذلك نفسك (الضامن)

| الدخل السنوي | رقم الضمان الاجتماعي | المهنة | صلة القرابة | العمر | تاريخ الميلاد | الاسم (الأخير، الأول، الأوسط) |
|--------------|----------------------|--------|-------------|-------|---------------|-------------------------------|
| \$ | | | | | | |
| \$ | | | | | | |
| \$ | | | | | | |
| \$ | | | | | | |
| \$ | الإجمالي | | | | | |

أسئلة التغطية الأخرى

| | |
|--|--|
| هل لدى المريض تأمين صحي؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل يخضع المريض لعلاج من الإصابات التي تغطيها مسؤولية طرف خارجي، مثل شركة تأمين على السيارات أو تعويض العمال؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل لدى المريض Medicaid؟ - إذا كانت الإجابة بنعم، فانتقل إلى الصفحة 2 | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل تقدّم المريض بطلب للحصول على Medicaid؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل أنت حامل؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل أنت مسجّل في الضمان الاجتماعي للإعاقة؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل يتجاوز عمرك الـ 65 عامًا؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل أنت في التاسعة عشر من العمر أم أصغر؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل أنت والد يتمتع بحق الحضانة وعاطل عن العمل؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |

مصادر الدخل (إن لم تكن موجودة، أشر إلى الصفر في المربع)

| | |
|---|-------------|
| الدخل | \$ |
| الضمان الاجتماعي | \$ |
| الدخل/النفقة/الاستثمارات/التقاعد الأخرى | \$ |
| إجمالي الدخل | \$ |
| رصيد 401K | \$ |
| مبلغ الرهن العقاري | \$ |
| قيمة الإيجار | \$ |
| رصيد حساب التوفير | \$ |
| تغيير التحقق من الرعاية الصحية | |
| إذا لم يكن لديك دخل، فكيف تدعم نفسك؟ | صِف ما يلي: |
| | |

تصريح: أفتر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق، بما في ذلك تقييم الوكالات الائتمانية، وتخضع لمراجعة الوكالات الفيدرالية و/أو الوكالات التابعة للولاية وغيرها حسب الاقتضاء. أنا أفوض رب عملي لإصدار إثبات بدخلي إلى Piedmont Healthcare. أفهم أنه إذا ثبت أن أي معلومات قدمتها غير صحيحة، فستقوم شركة Piedmont Healthcare بإعادة تقييم وضعي المالي واتخاذ أي إجراء يصبح مناسباً.

كما أوافق على تقديم طلب للحصول على أي مساعدة (مثل الرعاية الطبية، والمساعدات الطبية، والمعونة الحكومية (للسرطان)، وإعادة التأهيل المهني، والتأمين، وما إلى ذلك) قد تكون متاحة لدفع رسوم حسابي في Piedmont Healthcare. سأتعاون بشكل كامل مع Change Healthcare، معالج الحصول على Medicaid Eligibility من Piedmont Healthcare، في اتخاذ أي إجراءات قد تعتبر ضرورية للحصول على هذه المساعدة، وسأحدد أو أدفع لـ Piedmont Healthcare المبلغ المسترد مقابل رسوم Piedmont Healthcare. وينطبق "طلب برنامج المساعدة المالية" الكامل على كل ضامن.

| توقيع مقدم | الطلب اسم مقدم الطلب (طباعة) | التاريخ | الوقت |
|--------------|------------------------------|---------|-------|
| توقيع الشاهد | اسم الشاهد (طباعة) | التاريخ | الوقت |

يجب تقديم المستندات التي تدعم طلبك حتى يتسنى لنا معالجته. وقد يؤدي عدم تقديم هذه المعلومات إلى رفض طلبك ولن تتمكن من الطعن على قرار الرفض. ويمكنك الاتصال بقسم "المساعدة المالية" إذا كانت لديك أسئلة أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال الطلب على:

متطلبات التوثيق

- **النماذج المقبولة من بطاقات الهوية التي تحمل صورة (بطاقات الهوية الحكومية فقط):**
 - رخصة قيادة سارية صادرة عن الدولة (يُسمح باستخدام مستندات غير صالحة أو منتهية الصلاحية في ظروف معينة)
 - بطاقة هوية حكومية
 - جواز السفر
 - بطاقة هوية عسكرية
 - أي بطاقة هوية قنصلية أو مدرسية تحمل صورة
 - التأشيرة أو بطاقة الإقامة للأجانب (إن وجدت)
 - غير مقبول: بطاقة كوستكو أو صورة سيلفي أو صورة عيد الميلاد/العطلة
- **إثبات الإقامة – يجب ألا يتجاوز عمر وثائق إثبات الإقامة 30 يوماً، ويجب أن تكون باسم المريض. النماذج المقبولة:**
 - عقد الإيجار - يمكن استخدامه إذا كان لا يزال ساريًا وتحتوي جميع المستندات الأخرى على العنوان ذاته
 - خطاب قسائم الطعام
 - فواتير المرافق – تتضمن العنوان الفعلي
 - مستندات العمل الأخرى التي تثبت مكان إقامتك، مثل بيانات بطاقة الائتمان، ومصالحة الضرائب، وخطابات Medicaid، وخطابات الطلاب من المدرسة، والبيانات المصرفية، وبيانات الرهن العقاري
 - ملاحظة: لا يعتبر صندوق البريد إثباتاً للإقامة.
- **إثبات الدخل**
 - **موظف:** المستندات المطلوبة
 - أحدث ثلاث كعوب لشيك الراتب (المريض والزوج/الشريك)
 - **لا يعمل:** المستندات المطلوبة –
 - نسخ من خطاب منحة البطالة أو أحدث كشوف حسابات مصرفية لمدة ثلاثة أشهر بحيث تشمل الحسابات الجارية وحسابات التوفير والخصم والحسابات الافتراضية – جميع الحسابات
 - **مهنة حرة:** المستندات المطلوبة –
 - نسخ من أحدث كشوف حسابات مصرفية لمدة ثلاثة أشهر بحيث تشمل الحسابات الجارية وحسابات التوفير والخصم والحسابات الافتراضية – جميع الحسابات الشخصية وحسابات العمل
 - **متقاعد:** المستندات المطلوبة –
 - خطاب رقم الضمان الاجتماعي (إن وجد)
 - نسخ من أحدث كشوف حسابات مصرفية لمدة ثلاثة أشهر بحيث تشمل الحسابات الجارية وحسابات التوفير والخصم والحسابات الافتراضية – جميع الحسابات
 - خطاب رقم الضمان الاجتماعي لخدمة Medicare - WWW.SSA.gov/myaccount
- **و – تُستخدم المستندات التالية للتحقق من المعلومات وليست بديلاً للقائمة المذكورة أعلاه:**
 - أي خطابات قرار تشير إلى أن المريض يتلقى تعويض بطالة أو تأمين Medicaid أو إعاقه بموجب الضمان الاجتماعي أو مساعدة عامة، وما إلى ذلك.
 - خطاب قسائم الطعام
 - التحقق من التشرد – مطلوب رسالة من ملجأ تحمل ترويسة المنشأة
 - لا يمثل خطاب دعم من أحد أفراد الأسرة أو صديق وثيقة مقبولة
 - وثنائ عمل أخرى توضح كيفية تلقي المريض للدعم
- **إثبات عدد المعالين**
 - صورة مستخرجة من الإقرار الضريبي عن السنوات السابقة – مطلوبة فقط في حالة تقديم مطالبة للمعالين
 - يمكن العثور على نسخة الإقرار الضريبي على IRS.GOV
 - أي خطابات قرار تشير إلى أن المريض يتحمل المسؤولية القانونية عن الطفل، مثل أوراق الوصاية أو أوراق الحضانة التي تأمر بها المحكمة

Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339 2727 • مركز حلول العملاء • Piedmont Healthcare
الهاتف: 1-855-788-1212 • الفاكس: 770-916-7511 • البريد الإلكتروني: Assistance@piedmont.org