



المرضى الذين يحتاجون إلى مساعدة مالية*

يفخر مركز Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center (PSHMSHMC) الطبي بمهمته المتمثلة في تقديم خدمة ممتازة لجميع مرضانا وأسرهم. إذا كان سداد قيمة فاتورتك الطبية يُعد مصدر قلق لك، فقد نتمكن من مساعدتك في هذا الشأن.

إننا نقدم المساعدة المالية بناءً على الدخل، وحجم الأسرة والأصول المُخصصة من أجل الحصول على الخدمات الطارئة والضرورية طبيًا. ولن يُفرض على المرضى غير المؤمّن عليهم، ممن ليسوا مؤهلين للحصول على المساعدة المالية، مبالغ أكبر بوجه عام من تلك المفروضة على المرضى الذين يتمتعون بالتأمين الصحي.

كيفية التقدم بطلب:

استكمل استمارة طلب الحصول على المساعدة المالية (بالجزء الخلفي بهذا الخطاب)، وأرفق المستندات المذكورة أدناه (إذا كان ينطبق):

- أحدث نسخة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية
- أحدث أربعة (4) كعوب لشيكات الأجر
- أحدث أربعة (4) كشوفات مصرفية
- قرار دخل الضمان الاجتماعي
- دخل إعانة البطالة
- دخل التقاعد
- تأكيد التوزيع لتسويات الملكيات أو الالتزامات (لن يتم النظر في مسألة المساعدة المالية حتى التسوية النهائية بشأن الملكية أو التقاضي)
- قرار المساعدة الطبية أو سوق التأمين الصحي
- إثبات الجنسية أو حالة الإقامة الدائمة القانونية (البطاقة الخضراء)
- إذا لم يكن لدى الأسرة دخل، يجب تقديم خطاب من الشخص (الأشخاص) الذي يساعد في مصاريف المعيشة
- أي معلومات أخرى يطلبها مركز PSHSJR لمراجعة طلب المساعدة المالية بشكل ملائم من أجل تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط: <http://hmc.pennstatehealth.org/> من أجل الوصول إلى سياسة المساعدة المالية والمزيد من استمارات طلب الحصول على المساعدات المالية الخاصة بنا. تتوفر المستندات مترجمة إلى العديد من اللغات على موقعنا الإلكتروني أو يمكنك طلبها شخصيًا من مكتب مقدم الخدمة الخاص بك. وسيتم إخطار جميع المتقدمين بطلبات إما عبر الهاتف أو بإرسال خطاب عندما يتم التوصل إلى قرار بشأن أهليتهم للحصول على المساعدة المالية.

يتواجد موظفو الاستشارات المالية بموقع ملائم في حرم Hershey Medical Center وعنوانه Academic Support Building, 90 Hope Drive, 2nd floor, Suite 2106. كما أنهم متاحون للتواصل عبر الهاتف على الرقم 717-531-1740 أو 1-800-254-2619. سيتم التعامل مع أسئلتك بمنتهى الاحترام والسرية.

مع جزيل الشكر،
الاستشارات المالية

*المعروف أيضًا باسم الملخص سهل اللغة

طلب المساعدة المالية

معلومات المريض:

اسم المريض: _____ رقم المريض: _____

اسم المريض: _____ رقم المريض: _____

اسم المريض: _____ رقم المريض: _____

معلومات الضامن: (الشخص المسؤول عن سداد هذه الفاتورة)

اسم الضامن: _____ هاتف منزل الضامن: _____

رقم الهاتف الخليوي: _____ عنوان الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

محل العمل: _____ هاتف عمل الضامن: _____

أرقام الضمان الاجتماعي: الضامن _____ الزوج/الزوجة: _____

عدد المعالين الذين تتحمل مسؤوليتهم ماليًا (بما في ذلك أنت نفسك): _____

أقر أنني قرأت استمارة الطلب هذه بالكامل، وأن جميع المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة صحيحة وحقيقية وكاملة قدر استطاعتي ومعرفتي واعتقادي.

التاريخ

توقيع (الضامن)

***** حتى يتم النظر في طلبك المقدم، ينبغي إعادة إرسال المعلومات التالية (إذا كان ينطبق) مع هذا النموذج *****

- أحدث نسخ مقدمة من نماذج ضريبة الدخل (1040) IRS Tax Forms وأي جداول زمنية، مثل: C، D، E، و F
- أحدث أربعة (4) كعوب شيكات الأجر
- أحدث أربعة (4) كشوفات مصرفية (يرجى إدراج معلومات كل من الحسابات الجارية وحسابات التوفير)
- قرار دخل الضمان الاجتماعي
- دخل إعانة البطالة
- دخل التقاعد
- تأكيد التوزيع لتسويات الملكيات أو الالتزامات
- قرار المساعدة الطبية أو إخطار قانون الرعاية الميسرة (ACA)
- إثبات الجنسية أو حالة الإقامة الدائمة القانونية (البطاقة الخضراء)
- إذا لم يكن لدى الأسرة دخل، يجب تقديم خطاب من الشخص (الأشخاص) الذي يساعد في مصاريف المعيشة
- إثبات لجميع موارد الدخل الأخرى في العام الجاري (تشمل الأمثلة حساب 401K، وحسابات التقاعد الفردية، وحسابات السمسرة، وغير ذلك)

ينبغي إرسال استمارات الطلب المكتملة عن طريق البريد إلى

.Financial Counseling Department, PO Box 853, A410, Hershey, PA 17033