

نظرة عامة على حالة الضائقة المادية

يتم السؤال عن المعلومات المطلوبة في هذا الطلب لتحديد الأهلية للحصول على خصم بسبب الضائقة المادية. برنامج خصم الضائقة المادية هو للمرضى الذين لديهم أو ليس لديهم تأمين صحي الذين هم فوق حد الدخل للحصول على المساعدة المالية. تعتمد الأهلية على الأرصدة المستحقة لقاء الخدمات التي تم تلقيها في Aurora Health Care مقارنة بدخل أسرة المريض.

متطلبات التقدم بطلب للحصول على خصم بسبب الضائقة المادية

يجب أن يلي المريض المتطلبات التالية لكي يتم النظر في طلبه للحصول على خصم بسبب الضائقة المادية:

- مقيم في ولاية ويسكونسن
- يجب أن يتعاون بشكل كامل مع إجراءات مراجعة الطلب الخاص بالضائقة المادية. إذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية و/أو وثائق إثباتية لإكمال الطلب، فسيتم إرسال رسالة إلى المريض لإبلاغه بما هو مطلوب وبالموعد النهائي للتقديم. إذا لم يتم تلقي المعلومات المطلوبة بحلول الموعد النهائي، فلن يكون المريض مؤهلاً.

عليك أن تتوقع ما يلي: عملية مراجعة الأهلية

سيتم تحديد الأهلية دون أي تأخير بعد تاريخ استلام الطلب من قبل فريق خدمات المساعدة المالية لدى Aurora Health Care. بمجرد اكتمال مراجعة الأهلية، سيتم إرسال رسالة إلى المريض عبر البريد لإعلامه إذا تمت الموافقة عليه أو رفضه.

نرجو أن تكمل جميع الصفحات الثلاثة من هذا النموذج. سيساعد ملء هذا النموذج بشكل كامل على منع حدوث تأخير في عملية المراجعة.

| معلومات المريض | | | |
|----------------|----------------------|---------------|------------|
| اسم المريض | رقم الضمان الاجتماعي | تاريخ الميلاد | رقم الحساب |

| معلومات مقدم الطلب | | | | |
|--------------------|-------------------|--|---------------|---------------|
| اسم مقدم الطلب | العلاقة بالمريض | رقم الضمان الاجتماعي | تاريخ الميلاد | الوضع العائلي |
| العنوان | | المدينة، الولاية، الرمز البريدي | | |
| رقم هاتف المنزل | رقم الهاتف الجوال | اسم جهة الاتصال لحالة الطوارئ رقم هاتف جهة الاتصال لحالة الطوارئ | | |
| اسم رب العمل | عنوان صاحب العمل | هاتف العمل | | |

ملاحظة: إذا كان العنوان الذي تتلقى منه البريد مختلفاً عن العنوان الذي تعيش فيه، فيرجى ملء "العنوان البريدي" البريدي أدناه

| | |
|-----------------|---------------------------------|
| العنوان البريدي | المدينة، الولاية، الرمز البريدي |
|-----------------|---------------------------------|

معلومات التأمين الصحي ضع علامة في هذا المربع إذا لم يكن للمريض أي مصدر للتغطية الصحية

| | | | | |
|--|-------------------|--------------|--------------|---------------|
| مقدم التأمين الصحي | اسم صاحب البوليصة | رقم البوليصة | رقم المجموعة | تاريخ السريان |
| هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته خلال الأيام الستين الماضية؟ | | | | |
| لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | | | | |
| هل تلقى إشعارًا لممارسة حق الانتساب عن طريق COBRA؟ | | | | |
| لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | | | | |
| هل اختار تغطية COBRA؟ | | | | |
| لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | | | | |
| إذا لم يكن قد اختار تغطية COBRA، فيرجى وضع علامة جانب إحدى الخيارات التالية: <input type="checkbox"/> إن رسوم تغطية COBRA باهظة جدًا <input type="checkbox"/> لديه تغطية جديدة | | | | |

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه

| الاسم | رقم الضمان الاجتماعي | تاريخ الميلاد | الصلة بالمريض |
|-------|----------------------|---------------|---------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

ملاحظة: يرجى إدراج أي أفراد إضافيين من العائلة في قسم "الملاحظات" في الصفحة 3 من هذا النموذج

دخل الأسرة الشهري

| نوع الدخل | إجمالي الدخل الشهري لمقدم الطلب | إجمالي الدخل الشهري لزوج مقدم الطلب |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| الدخل من الوظيفة | دولار أمريكي | دولار أمريكي |
| التقاعد / المعاش / تقاعد الضمان الاجتماعي | دولار أمريكي | دولار أمريكي |
| دخل الضمان الاجتماعي الخاص بالعجز | دولار أمريكي | دولار أمريكي |
| دخل تعويض البطالة | دولار أمريكي | دولار أمريكي |
| دعم الأطفال/النفقة | دولار أمريكي | دولار أمريكي |
| أخرى (اذكر المصدر هنا _____) | دولار أمريكي | دولار أمريكي |

تصريح الدعم

أشهد بأنني عاطل عن العمل خلال _____ السنوات / _____ الأشهر السابقة. نتيجة للبطالة، أتلقى الطعام والمأوى والملابس من _____ (العلاقة مع مقدم الطلب = _____)

الإقرار والتوقعات

أتعهد بموجب هذا بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي. أفرض المستشفى بموجب هذا بالاتصال بأي شخص أو شركة أو منظمة للتحقق من أي من المعلومات المقدمة، وأصرح بموجب هذا لأي شخص أو شركة أو منظمة بالإفصاح عن أي معلومات مالية إلى المستشفى إذا ما طلبت المستشفى تلك المعلومات.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

أرسل الطلب بعد تعبئته بالكامل عن طريق البريد إلى:

Aurora Health Care

Attention: Financial Assistance

PO Box 909996

Milwaukee, WI 53209-0996

ملاحظات