

يُرجى طباعة واستكمال جميع أقسام التطبيق التي تنطبق عليك. لا يمكن إكمال هذا التطبيق إلكترونياً. يُرجى قراءة جميع التعليمات قبل استكمال التطبيق.

يستخدم هذا التطبيق لتقييم أهليتك للحصول على المساعدة المالية على الفواتير الطبية من مقدمي خدمات Mass General Brigham. يمكنك استخدام هذا التطبيق لتقديم طلب للحصول على مساعدة بشأن فواتير الرعاية الصحية من أي من كيانات Mass General Brigham التالية:

منظمة Massachusetts General Physicians	Massachusetts General Hospital
منظمة أطباء Brigham and Women	Brigham and Women's Hospital
مجموعة North Shore Physicians Group (NSPG)	Salem Hospital
مركز Newton Wellesley Medical Group (NWMG)	Newton-Wellesley Hospital
Martha's Vineyard Hospital	Brigham and Women's Faulkner Hospital
Mass Eye and Ear Associates	Mass Eye and Ear
Nantucket Cottage Medical Group	Nantucket Cottage Hospital
مجموعة Cooley Dickinson Medical Group (CDMG)	Cooley Dickinson Hospital
McLean Hospital	Spaulding Rehabilitation
Wentworth Health Associates	Wentworth-Douglass Hospital

لا تعتبر Mass General Brigham Financial Assistance بديلاً عن التسجيل في أي برنامج تأمين صحي أو خطة مساعدة متاحة. بينما يغطي البرنامج جميع الخدمات الضرورية طبيًا، تختلف الخصومات بناءً على نوع الخدمات المقدمة، والموقع الذي تم تقديم الرعاية فيه. يُرجى الرجوع إلى السياسة الكاملة على موقعنا للحصول على تفاصيل حول ما يتم تغطيته. فيما يلي قائمة جزئية بالخدمات المستبعدة عادةً.

- رفض الخروج من الشبكة
- جراحة التجميل
- خدمات علاج العقم (ART & IVF)
- غالبية الرعاية الضرورية غير الطبية بما في ذلك خدمات تحويل مسار المعدة
- عناصر راحة المريض بما في ذلك الإقامة المتميزة
- الخدمات المصنفة على أنها "خدمات الدفع الذاتي فقط"

قد يؤدي عدم التقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الحكومية الذي يحتمل أن تكون مؤهلاً له إلى تأخير، أو رفض طلبك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في التقدم بطلب للحصول على برامج المساعدة الحكومية، فيمكن لأحد المستشارين الماليين العاميين لدينا مساعدتك.

يجب عليك الإفصاح بشكل كامل عن أي تغطية أخرى، أو مطالبة بمسؤولية طرف خارجي، أو تغطية للسيارة أو تغطية تعويض العمال ليتم النظر فيها.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، فيرجى الاتصال بـ [الخدمات المالية للمرضى](#) في المستشفى أو الاتصال بالرقم 726-3884 (617).

قائمة تدقيق التطبيق

- أكمل جميع أقسام الطلب القابلة للتطبيق - سيوضح القسم ما إذا كان يمكن تركه فارغًا.
- قم بتضمين نسخة من رخصة القيادة الخاصة بك، أو بطاقة هوية تحمل صورة أو مستندات تثبت إقامتك الحالية. يجب أن يتضمن أي شيء يتم إرساله اسمك (القسم 1).
- قم بتضمين شكلاً من أشكال التحقق من الدخل (القسم 3 والقسم 4).
 - قم بتضمين نسخة من أحدث IRS 1040 أو 1040A
 - إذا كان هناك تغيير حديث في دخلك، فقم بتضمين المستندات مثل كعب الشيكات الأخير (4 كحد أدنى)، وبيانات البطالة، و/أو كشوف البنك / الاستثمار و/أو بيانات الضمان الاجتماعي.
- إذا كانت عائلتك تتجاوز 300% من الإرشادات الفيدرالية الحالية بشأن قلة الدخل (FPL)، فيجب عليك أيضًا إكمال القسم 5. أنت تزيد عن 300% FPL إذا كان دخلك يتجاوز الحدود التالية:

حجم الأسرة	1	2	3	4	5
2020 FPL	37470 دولار	50730 دولار	63990 دولار	77250 دولار	90510 دولار

- يمكن استخدام الأصول لتحديد قدرتك على دفع فواتيرك الطبية. ستحتاج إلى تقديم معلومات عن أصولك إذا كان أي مما يلي ينطبق عليك (القسم 6):
 - إقامتك الدائمة خارج الولايات المتحدة
 - تطلب خصمًا لخدمة غير مؤهلة بشكل عام (على سبيل المثال، الرعاية غير المتعلقة بالطوارئ، والمدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك، والخصومات)
 - أنت تطلب خصمًا في McLean Hospital أو Partners HealthCare at Home أو مرفق Spaulding Network.

- أعد الطلبات المكتملة مباشرةً إلى أحد [المستشارين الماليين لمرضى PHS](#) أو أرسل بالبريد إلى:

Mass General Brigham
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

لضمان المراجعة السريعة لطلبك، يُرجى إكمال جميع الأقسام ما لم يُذكر خلاف ذلك. ستأخر معالجة الطلب في حالة فقد المعلومات أو الوثائق المطلوبة.

1. المعلومات الأساسية

من فضلك أكمل هذا القسم عن مقدم الطلب. مقدم الطلب هو إما المريض أو الشخص المسؤول ماليًا عن المريض.

الوثائق المطلوبة: يُرجى إرفاق الوثائق التي تثبت الإقامة: رخصة القيادة، أو هوية مصورة أخرى، أو مستندات تثبت إقامتك الحالية. يجب أن يتضمن أي شيء يتم إرساله اسمك.

اللقب	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد	النوع ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
أرقام الهواتف المنزل: () العمل: () الخلية: ()	العنوان البريدي (يشمل المدينة والولاية والرمز البريدي)	
اسم المريض (إذا كان مختلفًا عن مقدم الطلب)	مواعيد خدمة المرضى (بما في ذلك الموقع حيث الخدمات كانت المتوفرة)	
تاريخ ميلاد المريض (إذا كان مختلفًا عن مقدم الطلب)		
رقم السجل الطبي للمريض (MRN) ورقم الحساب (كشف الحساب)		

2. معلومات الأسرة

إذا كان ذلك ممكناً، يُرجى ذكر زوج مقدم الطلب والأطفال الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا والذين يعيشون مع مقدم الطلب. يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا كان مقدم الطلب لا يعيش مع الزوج أو الأطفال.

اسم فرد العائلة	العلاقة	تاريخ الميلاد

3. الدخل المكتسب

يُرجى إكمال هذا القسم حول الدخل المكتسب لمقدم الطلب وكل فرد من أفراد الأسرة المدرج في القسم 2 الذي يعمل. يُرجى ذكر الدخل الإجمالي، وهو الدخل قبل الضرائب والخصومات. يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا لم يكن لمقدم الطلب وأفراد أسرته / أسرته أي دخل مكتسب.

الوثائق المطلوبة: يُرجى تضمين الوثائق التي تثبت هذا الدخل: قسائم الدفع أو ضرائب الدخل أو بيانات W2 أو كشوف الحسابات المصرفية أو أي دليل آخر.

اسم عضو العائلة العاملة	اسم وعنوان صاحب العمل	الدخل الإجمالي المكتسب	تكرار F فحص C	استخدام المرفق فقط
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
			<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	

4. دخل آخر

يُرجى إكمال هذا القسم حول الدخل الآخر لمقدم الطلب وكل فرد من أفراد الأسرة المدرج في القسم 2 الذي يتلقى دخلاً آخر. الدخل الآخر هو الأموال التي تتلقاها ولا تأتي من صاحب العمل. يُرجى ذكر الدخل الإجمالي، وهو الدخل قبل الضرائب والخصومات. يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا لم يكن لمقدم الطلب وأفراد أسرته / أسرته أي دخل مكتسب آخر.

الوثائق المطلوبة: يُرجى تضمين الوثائق التي تثبت هذا الدخل: قسائم الدفع أو ضرائب الدخل أو بيانات W2 أو كشوف الحسابات المصرفية أو أي دليل آخر.

نوع الدخل	عضو (أعضاء) الأسرة الدخل المستلم	الدخل الإجمالي المستلم	التكرار ضع دائرة حول	استخدام المرفق فقط
البطالة			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
الضمان الاجتماعي			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
مميزات المحاربين القدامى			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
المعاشات والدخل السنوي			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
النفقة ونفقة الطفل			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
دخل الإيجار			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
تعويض العمال			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
توزيعات الأرباح وإيرادات الفوائد			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
غير ذلك			أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	

5. نفقات الرعاية الصحية الأخرى

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. يُرجى إكمال هذا القسم فقط إذا كان دخل أسرته يزيد عن 300% من الإرشادات الفيدرالية الخاصة بفقر الدخل (كما هو موضح في الصفحة 2).

إذا كان لديك أكثر من 300% من الإرشادات الفيدرالية للفقر في الدخل، فأنت بحاجة إلى سرد نفقات الرعاية الصحية من المواقع غير المدرجة في الصفحة 1 (أي مرافق الرعاية الصحية غير التابعة لـ Partners HealthCare). يمكن ترك هذا القسم فارغاً إذا كان دخل أسرته أقل من 300% أو إذا لم يكن لديك نفقات رعاية صحية من مرافق خارج Partners HealthCare. قد يتم طلب الوثائق ولكنها ليست مطلوبة في هذا الوقت.

النفقات الطبية	إجمالي المبلغ	التكرار	استخدام مرفق F فقط إجمالي التكلفة
الفواتير الطبية		أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	
فواتير المستشفى		أسبوعياً، شهرياً، سنوياً	

6. معلومات الأصول

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. يُرجى إكمال هذا القسم فقط إذا:

- إقامتك الدائمة خارج الولايات المتحدة أو
- أنت تطلب خصمًا للرعاية غير المتعلقة بالطوارئ، والمدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك، والخصومات. لا يحتاج المرضى الذين يطلبون مساعدة مالية للرعاية غير المتعلقة بالطوارئ المقدمة في هيئة Spaulding Network أو McLean Hospital إلى تقديم معلومات الأصول.

يمكن ترك هذا القسم فارغًا إذا كنت لا تدرج ضمن أي من الفئات المذكورة أعلاه.

الوثائق المطلوبة: يُرجى تضمين الوثائق التي تثبت هذا الدخل: البيانات المصرفية أو أي دليل آخر.

لا تحتاج إلى تضمين مكان إقامتك الأساسي (المكان الذي تعيش فيه)

الأصل	المالك (الملاك)	اسم البنك أو الشركة	قيمة النقدية
حسابات التوفير			
فحص الحسابات			
حسابات الاتحاد الائتماني			
الصناديق الائتمانية			
السندات/الأسهم			
حسابات سوق المال			
صناديق الاستثمار			
عقار تجاري أو استثماري			
غير ذلك			

7. الترخيص

يُرجى قراءة هذا القسم بعناية والتوقيع في الأسفل.

جميع المعلومات الواردة في هذا التطبيق صحيحة على حد علمي. أوافق على تقديم وثائق إضافية عند الطلب. أفهم أنه لا يمكن الكشف عن هذه المعلومات السرية لأي طرف خارج Mass General Brigham دون موافقتي المسبقة.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

في حالة التوقيع نيابة عن مقدم الطلب: جميع المعلومات الواردة في هذا التطبيق صحيحة على حد علمي.

التاريخ

توقيع الممثل المفوض

علاقته بمقدم الطلب

اسم الممثل المفوض

رقم هاتف الاتصال

قبل التقديم، يُرجى التأكد من إكمال جميع الأقسام المعمول بها في هذا الطلب وتضمين جميع المستندات المطلوبة. لن تتم الموافقة على الطلبات غير المكتملة.