

صفحة غلاف طلب المساعدة المالية
مستشفى Mass General Brigham

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

عزيزي مُقَدِّم الطلب:

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من برنامج المساعدة المالية التابع لمستشفى Mass General Brigham وربما من مؤسسات رعاية صحية أخرى أيضاً.

كيفية التقديم

لمعرفة ما إذا كنت أنت أو أسرته مؤهلين، فيجب عليك استكمال الطلب وتقديم إثبات الدخل، وإرفاق نُسخ من المستندات التالية:

تتضمن	المستندات المطلوب تقديمها مع طلبك
	1. نسخة كاملة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي لك (نموذج 1040) وجميع الجداول المرفقة به، بما في ذلك نموذج (نماذج) W-2 الخاصة بالعام الماضي أو، إذا كنت لا تُقدِّم إقراراً ضريبياً، يُرجى الاطلاع على بيان الإقرار أدناه ☐ بيان الإقرار بوضع علامة في هذا المربع، أقرّ وأؤكد أنني لم أقدم إقراراً ضريبياً فيدرالياً أو على مستوى الولاية عن أحدث سنة ضريبية. أفهم أن هذا الإقرار يتم تقديمه بصدقٍ وطواعية. التوقيع _____ تاريخ التوقيع: _____

برنامج المساعدة المالية

2. تُسَخ من أحدث ثلاثة (3) شيكات رواتب متتالية، بغض النظر عن دورة الدفع، أو خطاب رسمي من جهة العمل على ورق الشركة الرسمي	
3. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يُشترط تقديم بيان أرباح وخسائر لمدة 12 شهرًا (اعتبارًا من الشهر الحالي)؛ ولن يُعتد بالإقرار الضريبي الخاص بالعام الماضي	
4. إذا لم يكن لديك دخل، يُرجى الاطلاع على بيان عدم وجود دخل والدعم أدناه، الذي نطلبه لمعالجة طلبك. يُرجى طلب النموذج	
5. تُسَخ من أحدث ثلاثة (3) كشوفات حساب بنكي (مثل: حساب التوفير، الحساب الجاري، حساب سوق المال، حساب IRA، حساب 401K، وغيرها). يجب تقديم جميع الحسابات وجميع الصفحات (بما في ذلك الصفحات الفارغة) أ. إذا لم يكن لديك حساب (أو حسابات) بنكية، سيُطلب منك توقيع نموذج إقرار بعدم وجود حساب بنكي، والذي نطلبه من أجل إتمام معالجة الطلب. يُرجى طلب النموذج	
6. تُسَخ من مستندات إعانات البطالة أو إعانات العجز (يُرجى تضمين تاريخ بدء الاستفادة)	
7. تُسَخ من مستندات مزايا التقاعد	
8. نسخة من دخل الضمان الاجتماعي (بيان المزايا السنوي، أو نسخة من الشيك، أو إثبات الإيداع المباشر)	
9. تُسَخ من إخطارات المساعدات الحكومية، بما في ذلك إخطار Spend Down الصادر عن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، ونسخة من خطاب تخصيص أو قرار استحقاق قسائم الطعام. جميع الصفحات مطلوبة	
10. نسخة من مستندات تعويض إصابة العمل (يُرجى توضيح تاريخ الإصابة). يجب عليك الإفصاح الكامل عن أي تغطية أخرى، أو مطالبة بمسؤولية طرف خارجي، أو تغطية تأمين مركبات، أو تغطية تعويض إصابات العمل، حتى يتم النظر في طلبك.	
11. تُسَخ من اتفاقية نفقة الأطفال، وإثبات السداد مع توضيح وتيرة الدفع، أو خطاب يثبت مبالغ النفقة المدفوعة و/أو المستلمة	
12. إذا كنت متزوجًا ولكن منفصلًا عن زوجك/زوجتك، فيلزم تقديم نسخة من مستند الانفصال القانوني الصادر من المحكمة ب. إذا لم يتم الانفصال من خلال النظام القضائي، سيُطلب منك تقديم إقرارات انفصال موثقة لدى كاتب العدل و/أو عقود إيجار	
13. هل لديك تأمين أسنان خاص؟ إذا كانت الإجابة نعم، فأنت لا تستوفي معايير الأهلية لمركز WHP Community Dental Center. ينبغي عليك التسجيل لدى عيادة أسنان خاصة. *يتم قبول برامج NH Medicaid وDentaQuest وMaineCare. يُتوقع من جميع المرضى دفع رسوم زيارة قدرها 35 دولارًا عند تلقي الخدمة. - سيتم فرض رسوم إضافية على أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية، وكذلك على خدمات المختبر الأخرى. *لن يكون سكان ولاية ماساتشوستس مؤهلين للحصول على خدمات طب الأسنان	
14. مُطلب تأهيل إضافي خاص باستحقاق الحصول على خدمات WHP Community Dental Center: الإقامة ضمن منطقة الخدمة الأساسية - والتي تشمل: Barrington، Berwick، Dover، Durham، Lee، وMadbury، وRollinsford، وSomersworth، وSouth Berwick أو راجع طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو مقدم الخدمات التخصصية لدى WHP.	

****يمكننا عمل نُسخ لك من أي مستندات مطلوبة****

لن يتم إعادة المستندات إلى مقدمي الطلبات؛ حيث يتم مسحها ضوئيًا ثم إتلافها بشكل آمن.

يُرجى استخدام قائمة التحقق هذه للتأكد من أننا حصلنا على جميع المعلومات اللازمة لمعالجة طلبك بسرعة ودقة. قد نطلب منك معلومات إضافية، لذا يُرجى التأكد من أن بيانات الاتصال التي قمت بإدراجها صحيحة ودقيقة.

يُرجى ملاحظة أن معظم الإجراءات الاختيارية لن يتم النظر فيها ضمن المساعدة، مثل:

- جراحة التجميل
- التلقيح المعلمي (أطفال الأنابيب) (IVF)
- العلاج التناسلي المتقدم (ART)
- خدمات المجازة المعدية في حالة عدم وجود قرار من الجهة الدافعة بكون الحالة ضرورية طبيًا
- الحسابات المرتبطة بدراسة بحثية
- عناصر راحة المريض، بما في ذلك الإقامة المميزة أو الإقامة الليلية بناءً على طلب المريض، والتي لا تكون عادةً مغطاة ضمن خطة التأمين الصحي
- الخدمات الأخرى غير الضرورية من الناحية الطبية والتي يتم إصدار فواتيرها وفقًا لجدول رسوم الدفع الذاتي المحدد مسبقًا
- جميع البرامج السكنية الشاملة بالكامل في مستشفى McLean Hospital التي لا تقوم بتقديم مطالبات إلى شركات التأمين الصحي

قد يؤدي عدم التقدم بطلب لبرنامج مساعدة حكومي قد تكون مؤهلاً له إلى تأخير أو رفض طلبك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في التقديم لبرامج المساعدات الحكومية، يمكن لأحد مستشاري الشؤون المالية لدى مستشفى Mass General Brigham مساعدتك

المعلومات التي تقدمها سرية.

ستظل مسؤولاً ماليًا عن أي خدمات تتلقاها إلى أن نتأكد مما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة. لتجنب تحويل أي مستحقات إلى جهات التحصيل، يمكن إعداد خطة سداد بالتواصل مع قسم خدمة العملاء على الرقم 617-726-3884. لضمان المراجعة السريعة لطلبك، يُرجى إكمال جميع الأقسام ما لم يُذكر خلاف ذلك. ستتأخر معالجة الطلب في حالة نقص المعلومات أو الوثائق المطلوبة. إذا لم تتلقَ ردًا منا خلال 30 يومًا من تاريخ إعادة تقديم طلبك، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في فهمه، فيُرجى الاتصال بمكتب المساعدة المالية، وسيساعدك أحد ممثلينا.

[للاطلاع على سياسة المساعدة المالية الخاصة بمستشفى Mass General Brigham، اضغط على الرابط: Financial Assistance | Mass General Brigham](#)

يمكن إرسال الطلبات عبر البريد العادي، أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس:

مستشفى Mass General Brigham patients؛

حلول فواتير المرضى

399 Revolution Drive, Suite 410

Somerville, Ma 02145-1462

رقم الهاتف: 617-726-3884، رقم الفاكس: 857-282-5642

عنوان البريد الإلكتروني: PHSFinancialApplication@MGB.org

برنامج المساعدة المالية

مستشفى Wentworth-Douglass Hospital ومستشفى Wentworth Health Partners Patients؛

يُرسَل البريد إلى: 789 Central Avenue, Dover, NH 03820

للمقابلة شخصيًا: 121 Broadway, Dover, NH 03820

رقم الهاتف: 603-740-3234، رقم الفاكس: 603-740-3366

عنوان البريد الإلكتروني: Charity.Care@WDHospital.org

طلب المساعدة المالية

1. معلومات المريض:

الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	مدة الإقامة في العنوان الحالي
عنوان إرسال البريد	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	مدة الإقامة في العنوان الحالي
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني	اختر ما ينطبق:	☐ أعزب ☐ منفصل ☐ مقيم في الولايات المتحدة	☐ متزوج ☐ مطلق ☐ مقيم في ولاية نيويورك هامبشير
☐ اتحاد مدني ☐ أرمل				

2. الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة

الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأوسط من الاسم	صلة القرابة بالمريض	رقم الضمان الاجتماعي
العنوان إذا كان مختلفًا عن عنوان المريض			رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني
اسم شركة التأمين (كما هو مُدرج في الإقرار الضريبي للسنة السابقة)				
تاريخ السرطان				

3. **يرجى ذكر جميع الأشخاص المقيمين في نفس المنزل، بما في ذلك مقدم الطلب:

الاسم	العلاقة مع المريض	تاريخ الميلاد	الضمان الاجتماعي للشخص نفسه	اسم الطبيب
1.	رقم			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. هل هذا الطلب خاص بخدمات طب الأسنان؟ ☐ نعم ☐ لا

5. يرجى تعبئة هذا القسم إذا كان لدى أي شخص في أسرتك تأمين:

التأمين الصحي (الخطة/الاسم) _____ ، حساب ادخار صحي (يرجى وضع علامة) - ☐ نعم ☐ لا مَن هو: _____
 رقم وثيقة التأمين/رقم المُعرِّف _____ قيمة التحمل: _____
 Medicare الجزء A _____ ، Medicare الجزء B _____ يتلقى مساعدة لدفع أقساط Medicare الجزء B من هو: _____

مَن؟

برنامج المساعدة المالية

6. هل تقدّم أي شخص في أسرتك بطلب للحصول على برنامج Medicaid؟ ☐ نعم ☐ لا
مَن هو: _____ إذا كانت الإجابة بنعم وتم الرفض، يُرجى تقديم نسخة من إشعار رفض برنامج Medicaid.
7. هل تقدّمت بطلب للحصول على مساعدة مالية لدى منشأة أخرى؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فأين _____
8. هل يوجد حمل في أسرتك؟ ☐ نعم ☐ لا
9. هل خدم أي شخص في أسرتك في الجيش؟ ☐ نعم ☐ لا
مَن؟ _____
10. هل قدّمت مؤخرًا مطالبة تعويض بسبب إصابة عمل أو مطالبة تتعلق بحادث مركبة؟ ☐ نعم ☐ لا
التاريخ: _____
11. هل يوجد أي شخص في أسرتك مؤهل للحصول على مزايا الضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا
مَن؟ _____
12. هل أدرجك شخص آخر كمُعَالٍ في إقراره الضريبي؟ ☐ نعم ☐ لا
مَن؟ _____

برنامج المساعدة المالية

الشخص الثالث (المعال)	الشخص الثاني (الزوج/المعال)	الشخص الأول (المريض)	13. معلومات الأسرة
			اسم كل فرد من أفراد الأسرة:
			اسم صاحب العمل:
			الدخل الشهري من: العمل:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	العمل لحسابك الخاص:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	حسابات الاستثمار:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	إيرادات تأجير العقارات:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	عاطل منذ: (التاريخ)
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	التقاعد: (الضمان الاجتماعي، المعاش التقاعدي، الدخل السنوي)
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	النفقة الزوجية/نفقة الأطفال:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	المساعدات العامة، قسائم الطعام:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	دخل آخر:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	المُدفوعات والاستثمارات:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	أرصدة الحسابات الجارية:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	أرصدة حسابات التوفير وشهادات الإيداع (CD):
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	حسابات IRA و 401 K و 403 B:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	يُرجى التحديد: _____
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	مدخرات واستثمارات أخرى:
دولار أمريكي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	يُرجى التحديد: _____
			غير ذلك:
			المركبة:
			مقطورة الترفيه:

14. نفقات المنزل			
رصيد قرض الرهن العقاري: دولار أمريكي	أو قيمة القسط الشهري للرهن العقاري: دولار أمريكي	قيمة الإيجار الشهري: دولار أمريكي	قيمة الإيجار الشهري: دولار أمريكي
قيمة المنزل: دولار أمريكي	رصيد الرهن العقاري: دولار أمريكي	هل تمتلك عقاراً غير محل إقامتك الأساسي؟ ☐ نعم ☐ لا	قيمة ضريبة العقار غير المدرجة ضمن مبلغ السداد المذكور أعلاه:
رصيد الرهن العقاري: دولار أمريكي	فإذا كانت الإجابة بنعم، فما قيمته؟ دولار أمريكي	إذا كان العقار الآخر عبارة عن نشاط تجاري، فيُرجى ذكر العنوان:	قيمة القسط الشهري للقرض:
لصالح: _____	تُدفع إلى: _____	Medicare الجزء D المخصص من شبك الضمان الاجتماعي:	المرافق
المبلغ: دولار أمريكي	لا ☐ نعم ☐	التأمين (المركبة/الحياة/الممتلكات)	النفقة الزوجية/نفقة الأطفال
دولار أمريكي	دولار أمريكي	التأمين الصحي	رعاية الأطفال
دولار أمريكي	دولار أمريكي	فواتير الرعاية الصحية	المعيشة (الغاز، الطعام، الملابس)
دولار أمريكي	دولار أمريكي	الأدوية	

15. التنازل عن الحقوق - يُرجى القراءة بعناية

في حال عدم إفصاحي الكامل، أو تقديمي معلومات غير دقيقة بشأن أي دخل أو أصول، فإن أي اتفاق لمنحي خصم رعاية خيرية يُعد لاغياً وباطلاً، ويُطبّق ذلك بآثر رجعي اعتباراً من تاريخ استحقاق الفواتير.

يُفوّض جميع أفراد الأسرة البالغين الذين يوقعون أدناه بالإفصاح عن أي معلومات طبية أو مالية أو وظيفية تتعلق مباشرة برعايتهم الصحية أو بأهليتهم للحصول على المساعدة المالية. يجوز الإفصاح عن هذه المعلومات إلى أي من مقدمي الرعاية الصحية الذين سعى أفراد الأسرة للحصول منهم على خدمات رعاية صحية أو مساعدة مالية. ستظل جميع المعلومات المقدّمة سرّية وفقاً لأحكام لوائح قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) الفيدرالية. قد لا يتم النظر في الإجراءات الاختيارية ضمن برامج المساعدة.

أوافق على سداد كامل قيمة المساعدة المالية الممنوحة لي إذا تلقّيت أي دفعة من أي نوع مقابل الخدمات الطبية المشمولة في هذا الطلب، مثل مدفوعات التأمين، أو مدفوعات من برامج حكومية، أو تعويض ناتج عن دعوى قضائية، أو أي مدفوعات أخرى.

إذا حصلت على مساعدة مالية، أوافق على إبلاغ الجهة التي تقدّمت إليها أولاً بأي تغييرات قد تؤثر على الأهلية، بما في ذلك التغييرات في عدد أفراد الأسرة، أو الدخل، أو تغطية التأمين الصحي. أفهم أنه إذا تغيّر وضعي/وضعنا الطبي بحيث قد أصبح/نصبح مؤهلين لبرنامج مساعدة حكومي، فسأحتاج/سنحتاج إلى التقدّم لذلك البرنامج وتقديم إثبات تقديم الطلب.

توقيع مُقدم الطلب

التاريخ

توقيع مقدم الطلب المشارك

التاريخ

توقيع المُعال

التاريخ