طلب المساعدة المالية

بطاقة هُويَّة الضامن/رقم السجل الطبي (MRN): _____

اسم المريض : _____ تاريخ الميلاد : _____

الصفحة الرئيسة العنوان: _____

الرمز البريدي الولاية المدنية الشارع

رقم الهاتف : (المنزل) _____ (الهاتف المحمول) _____ ما أفضل وقت للاتصال؟ _____

☐ **أُقِرّ بأنني عضو في مجموعة Anabaptist والتي تمنع معتقداتها الراسخة المشاركة في برنامج Medicaid أو التقدّم بطلب للحصول عليه.**

هل لديك خِطَّة لمشاركة التكاليف؟ نعم ☐ لا ☐

اسم الخطة: _____ **% من المبلغ:** _____

اسم الشماس: _____ **رَقَم الهاتف:** _____

المؤتمر/مجموعة الكنيسة: _____

أفراد الأسرة – (يشمل فقط الأشخاص المدرجون في الإقرار الضريبي السنوي الأخير. إذا كان عدد أفراد الأسرة أكثر من سبعة، يرجى إضافتهم في الصفحة 2 من الطلب.)

الاسم:	صلة القرابة	تاريخ الميلاد
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

الدخل الشهري الإجمالي المحصل من جميع أفراد الأسرة المذكورين أعلاه :

الأجور/الرواتب (قبل الضرائب): _____ **المعاشات التقاعدية/المستحقات السنوية:** _____

دخل الضمان الاجتماعي: _____ **المساعدات النقدية:** _____

تعويضات البطالة/تعويضات إصابات العمل: _____ **نفقة الأطفال:** _____ **النفقة الزوجية:** _____

إعانات إدارة شؤون المحاربين القدامى (VA): _____ **الدخل غير المكتسب (الصناديق الائتمانية، الفوائد، الإيجارات، الإعاقة):** _____

الموارد المالية القابلة للعدّ للأسرة: يرجى إدراج الحسابات المتاحة و الأصول السائلة لأسرتك. يُعرَّف الأصل السائل بأنه النقد أو أي نوع من الأصول القابلة للتداول، والتي يمكن تحويلها بسرعة وسهولة إلى نقد. لا تقم بتضمين منزلك، وأدواتك المنزلية، ومركباتك، وحسابات التقاعد الفردية (IRA)، وحسابات (K) 401، وغيرها من الأصول غير السائلة.

حساب جاري: _____ **الأسهم/السندات/صناديق الاستثمار المشتركة/سوق المال:** _____

حساب توفير: _____ **شهادات الإيداع:** _____

حسابات التوفير الصحي (HRA) /(HSA): _____ **سندات التوفير الأمريكية:** _____

حساب نادٍ للكريسماس /الإجازات: _____ **صناديق الائتمان:** _____

خِدْمَات تطبيقات الهواتف المحمولة (PayPal، Cash App، Venmo، Apple Pay، إلخ.) _____

غير ذلك (يرجى التوضيح): _____

يجب إرفاق وثائق إثبات الدخل والموارد مع الطلب (يُرجى إرفاق ما يلي إن أمكن):

☐ نعم ☐ لا أحدث إقرار ضريبي فيدرالي كامل . شخصي و/أو للأعمال التجارية (الأرباح والخسائر).

☐ نعم ☐ لا كشوف الرواتب الحالية/المتتابعة لآخر 30 يومًا لكل متقدم يعمل في الأسرة.

☐ نعم ☐ لا خطابات تحديد الاستحقاقات التي تظهر إيداعات الضمان الاجتماعي، أو إعانات الإعاقة الأخرى، أو معاش التقاعد، أو تعويضات العمال، أو إعانات البطالة.

☐ نعم ☐ لا المستندات الداعمة لنفقة الأطفال/النفقة الزوجية

☐ نعم ☐ لا 3 كشوف حسابات بنكية حالية/متتابعة لجميع أفراد الأسرة، بما في ذلك الحسابات الجارية وحسابات التوفير وتطبيق PayPal وخدمات تطبيقات الهاتف المحمول، لجميع الصفحات. في حالة العمل لحسابك الخاص: تقديم 6 كشوف حسابات بنكية حالية/ متتابعة، لجميع الحسابات الخاصة بالأغراض الشخصية والأعمال التجارية.

☐ نعم ☐ لا توضيح كتابي لجميع الإيداعات التي تتجاوز 100 دولار في الحسابات البنكية (باستثناء الإيداعات المباشرة وإيداعات الضمان الاجتماعي)

☐ نعم ☐ لا التحقق من الموارد المالية القابلة للعدّ

☐ نعم ☐ لا إذا لم يكن للأسرة أي دخل، خطابات من الأشخاص الذين يساعدون في الاحتياجات المعيشية اليومية توضح طبيعة المساعدة المقدمة.

☐ نعم ☐ لا التحقق من جميع النفقات الشهرية للمتقدمين المؤهلين لبرنامج Medicare .

هل لديك خطة تأمين صحي؟ نعم ☐ لا ☐ **إذا كانت الإجابة لا، فما السبب؟** _____

هل قدمت طلبًا للحصول على استحقاقات المساعدة الطبية؟ نعم ☐ لا ☐ **إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق الإخطار**

هل قدمت طلبًا للحصول على تأمين ميسور التكلفة بواسطة قانون الرعاية الصحية ميسورة التكلفة (ACA)؟ نعم – لا، **إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق الإخطار**

أُقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة. أدرك أن تقديم أي معلومات خاطئة أو عدم تقديم معلومات كاملة سيؤدي إلى إلغاء هذا الطلب.
هذه المعلومات هي لأغراض التأهيل فقط. أفهم أيضًا أنه قد يتم مشاركة هذه المعلومات مع شماس منطقتي إن أمكن. لتقييم طلبك ، نحتاج إلى معلومات داعمة تتعلق بالدخل. وسنعمل معك لتقييم تأهلك للبرنامج بناءً على المعلومات المقدمة إلى مؤسسة WellSpan Health. يدرك المتقدمون أنه إذا كان لديهم خطة لمشاركة التكاليف، فسيتم تعليق هذا الطلب لحين استلام حصة الدفع الخاصة بخطة مشاركة التكاليف. بعد استلام الدفعة، سننتقل للمراجعة والموافقة على الرصيد المتبقي للمريض. قد تستمر في تلقي الفواتير حتى نستلم المستندات الداعمة لإتمام طلبك.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

يرجى تقديم طلبك المكتمل والموقع، مصحوبًا بجميع المستندات المطلوبة و/أو إذا كان لديك أي أسئلة بشأن عملية التقديم:
الهاتف: 717-851-5051 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4 مساءً
الفاكس: 717-851-3100
البريد الإلكتروني: WSHFinancialAssistance@wellspan.org
البريد: صندوق بريد 20607 York, PA 17402

أفراد الأسرة الإضافيون (تابع من الصفحة 1 إذا لزم الأمر)
أفراد الأسرة – (أدرج فقط الأشخاص المسجلين في أحدث إقرار ضريبي سنوي . إذا كان عدد أفراد الأسرة أكثر من سبعة، يرجى إضافتهم في الصفحة 2 من الطلب.)

الاسم:	صلة القرابة	تاريخ الميلاد

WellSpan York Hospital/
WellSpan Medical Group
York County
1001 S George St.
PO Box 15198
York, PA 17403
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا– 4 مساءً

WellSpan Philhaven/
WellSpan Medical Group
Lebanon County
283. S. Butler Rd.
Mt. Gretna, PA 17064
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا – 4 مساءً

WellSpan Evangelical Community Hospital/WellSpan Medical Group
Lewisburg County
1 Hospital Dr
Lewisburg, PA 17837
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا– 4 مساءً

WellSpan Ephrata Community Hospital/
WellSpan Medical Group
Lancaster County
169 Martin Ave.
Ephrata, PA 17522-1002
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا – 4 مساءً

WellSpan Good Samaritan Hospital/
WellSpan Medical Group
Lebanon County
4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا – 4 مساءً

/WellSpan Gettysburg Hospital
WellSpan Medical Group
Adams County
147 Gettys St.
Gettysburg, PA 17325
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا– 4 مساءً

WellSpan Chambersburg Hospital/
WellSpan Medical Group
Franklin County
112 N 7th St.
Chambersburg, PA 17201
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا – 4 مساءً

WellSpan Waynesboro Hospital/
WellSpan Medical Group
Franklin County
501 E. Main St.
Waynesboro, PA 17268
(717)5051-851 (الهاتف)
(717)3100-851 (الفاكس)
الاثنين – الجمعة 8 صباحًا – 4 مساءً