

المساعدة المالية

تكرس Sanford Health جهودها لتوفير رعاية صحية عالية الجودة لمرضانا. وندرك أن الدفع مقابل هذه الخدمات قد يمثل صعوبة مادية لك في هذا الوقت. ولذلك، فإننا نقدم لك فرصة التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية لتلقي خدمات نظامنا الصحي.

ستجد طلبًا مرفقًا مع هذا الخطاب يوضح وضعك المالي. يجب أن تكمل هذا المستند بالكامل كي تحصل على فرصة الانتفاع ببرنامجننا للمساعدة المالية. وإذا كان وضعك المادي يستوفي المعايير التي حددتها Sanford Health، فقد تُعفى من الدفع من رصيد حسابك جزئيًا أو كليًا.

بالإضافة إلى الطلب المكتمل، يرجى تقديم المستندات المطلوبة أدناه:

- نسخة من النموذج الفيدرالي 1040 لأحدث إقرار ضريبي، ويشمل ذلك جميع الجداول المعمول بها، أو إثبات من دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) بأن النموذج ليس مسجلًا لديها (اتصل بالرقم 908-9946 (800) للحصول على نسخة)
- نسخة من آخر كعبين لشيك الراتب لأي أجير يسهم في دخل الأسرة
- خطاب الموافقة على تلقي مزايا الضمان الاجتماعي (Social Security Awards Letter) أو أحدث نسخة من النموذج 1099 في حال تلقي الضمان الاجتماعي (إذا كنت تتلقى الضمان الاجتماعي ولديك دخل آخر، يرجى تقديم دليل على الدخل الإضافي)
- كشف حساب مصرفي أو كشف استثمار يوضح بيانات المعاملات ورصيد الحساب الجاري

ندرك أن ذلك الوارد في السجلات الضريبية السابقة قد لا يعكس ظروفك الحالية على نحو ملائم. وإذا كان الأمر كذلك، يرجى إرفاق نبذة مختصرة تصف وضعك المادي الحالي بالإضافة إلى أي تغييرات ذات صلة.

بمجرد مراجعة طلبك، سنخطر بك بقرارنا كتابيًا خلال 30 يومًا من تاريخ الاستلام. إذا تغير وضعك المادي بعد تقديم طلبك الأصلي، يمكنك تقديم استئناف خلال 30 يومًا من تاريخ خطاب القرار الصادر لك. إذا رغبت في مناقشة حسابك، أو كانت لديك أي أسئلة، أو ترغب في الاستفسار عن الاستئناف، يرجى التواصل مع قسم الخدمات المالية للمرضى (Patient Financial Services) من خلال الرقم 629-2999 (877). تبدأ مواعيد العمل لدينا من الاثنين إلى الخميس من 7 صباحًا إلى 6 مساءً، والجمعة من 7 صباحًا إلى 5 مساءً.

إلى سكان Minnesota الذين يتلقون الخدمة في مرافق Sanford الصحية الواقعة في Minnesota: إذا شعرت بأن مخاوفك لم تلقَ إجابات وافية، يرجى التواصل مع قسم الخدمات المالية للمرضى في Sanford على الرقم 629-2999 (877) أولاً، واسمح لنا بمعالجة مخاوفك. إذا استمرت لديك المخاوف، يمكنك التواصل مع مكتب المدعي العام في Minnesota (MN) من خلال الرقم 296-3353 (651) أو الرقم 657-3787 (800).

يرجى الرد على طلب المعلومات هذا في غضون 30 يومًا وإعادته إلى مكتبنا عن طريق الفاكس الآمن من خلال الرقم 544-5967 (800) أو أرسله بالبريد إلى العنوان: Sanford Health, PO Box 20101, Fargo, ND 58122-2482. إذا لم ترجع طلب المساعدة المالية خلال 30 يومًا، فسنفهم أنك رفضت المشاركة في برنامج المساعدة المالية لدى Sanford.

مع خالص التحيات،

Sanford Health

طلب المساعدة المالية

المعلومات الديموغرافية:

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسم الزوج/الزوجة: _____ تاريخ الميلاد: _____
الحالة الاجتماعية (يرجى وضع علامة أمام الإجابة): أعزب _____ متزوج _____ مطلق _____ أرمل _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف (الشخصي): _____ رقم الهاتف المحمول (الزوج/الزوجة): _____ رقم هاتف المنزل: _____

يرجى إدراج جميع الأشخاص الذين تعولهم وتقل أعمارهم عن 18 عامًا ويعيشون في منزلك.

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

معلومات التأمين (يرجى وضع علامة أمام الإجابة): مؤمن عليك _____ غير مؤمن عليك _____ مشارك في التكلفة _____
إذا كنت موظفًا، فمتى تعمل؟ _____
ما المبلغ الذي تدفعه/أو يمكنك دفعه شهريًا من فاتورة Sanford؟ _____

الدخل

الشخصي	إجمالي الدخل الشهري	دخل الزوج
\$	الدخل الإجمالي/البطالة/تعويض العمال	\$
\$	الضمان الاجتماعي/دخل الضمان الإضافي (Supplemental Security Income, SSI) (Social Security Disability Insurance, SSDI)	\$
\$	العمل الحر/إيرادات الإيجار/عوائد الملكية الفكرية/العقارات/الودائع	\$
\$	التقاعد/المعاش/الأقساط السنوية/مزاي المحاربين القدامى	\$
\$	نفقة الطفل/نفقة الزوجة/المساعدة المالية	\$
\$	مصادر الدخل المتنوعة/دخل آخر: _____	\$
\$	إجمالي الدخل (يرجى تقديم إثبات لجميع مصادر الدخل)	\$

الأصول

المبلغ/القيمة	المؤسسة المالية	نوع الحساب
		جاري
		توفير
		سوق المال

أي معلومات أخرى تود أن نأخذها بعين الاعتبار:

يرجى إرفاق ورقة إضافية عند الحاجة.

أؤكد أنني أدرجت المستندات المطلوبة الآتية مع طلبي المكتمل:

- الإقرار الضريبي (النموذج الفيدرالي 1040) أو إثبات عدم تسجيل النموذج كعبا شيك الراتب لكل أجير
- خطاب الموافقة على تلقي مزايا الضمان الاجتماعي (إذا كان ينطبق) كشوفات الحساب المصرفي أو كشوفات الاستثمار

التنازل عن الحقوق (يرجى القراءة بعناية)

بالتوقيع أدناه، أقرّ بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب والوثائق الداعمة حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأدرك أن المعلومات ستبقى سرية، وقد يُطلب مني تقديم معلومات إضافية. وأدرك أنه لا يمكن مراجعة طلبي الحصول على المساعدة المالية ما لم تُقدّم جميع المعلومات المطلوبة. لم تقدم Sanford Health أي إقرارات بضمن المساعدة المالية.

الاسم (بحروف واضحة): _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم الزوج/الزوجة (بحروف واضحة): _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____