

طلب سري للحصول على مساعدة مالية
بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health



شخصية وسرية

:Guarantor Name

:Guarantor Address

:Date

الضامن:

رقم الحالة: t

المرضى الذين تشملهم الحالة):

عزيزي patient name،

شكراً لك على اختيارك St. Peter's Health Partners كمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. يُرجى إكمال الطلب المرفق وإرساله إلى العنوان أدناه لاستكمال تقييم المساعدة المالية الخاصة بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 800-494-5797، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً. التوقيت الشرقي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

بالنيابة عن St. Josephs Health

20555 Victor Parkway

Livonia, MI48152

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

يُرجى ملء استمارة الطلب والتوقيع عليها وإعادتها في غضون 10 أيام مع نسخ مما يلي:

عمليات التحقق المطلوبة

- إثبات الدخل الإجمالي خلال شهر واحد ماضي
- كشوف حسابات بنكية كاملة للشهرين الماضيين لجميع الحسابات المصرفية، مع تضمين جميع الصفحات (شرح للودائع المتكررة)
- الإقرارات الضريبية الحديثة (نموذج 1040 مع الجدول C أو E أو F) أو كشوف الأرباح والخسائر لثلاثة أشهر (للعاملين لحسابهم الخاص / المعيلين)

قدم ما يلي، إن أمكن]

- آخر W2 للدخل الموسمي
- خطاب إعانة بطالة/ رسالة رفض
- دخل إعانة الطفل/ النفقة
- لا يوجد دخل - أكمل جزء خطاب الدعم المالي من الطلب

معلومات المريض

تاريخ الميلاد		اسم المريض [
هاتف آخر		الهاتف المحمول	رقم الضمان الاجتماعي / رقم EIN (اختياري)
الرمز البريدي	الولاية	المدينة [C]	العنوان البريدي [
ما هي الولاية التي تقيم فيها؟]		عنوان البريد الإلكتروني [
الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أخرى			
هل تقدم إقرارًا ضريبيًا فيدراليًا؟		هل يمكن اعتبارك كتابع في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟	
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
هل أنت مقيم موثق في الولايات المتحدة؟			
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> (قدم نسخة من بطاقة التأمين)			
هل أنت مقيم موثق في الولايات المتحدة؟			
لا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة			
تمت المطالبة بها في الإقرار الضريبي (نعم/ لا)	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	أفراد الأسرة، بما في ذلك أنت نفسك بناءً على إقراراتك الضريبية الأخيرة

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

التحقق من دخل جميع أفراد الأسرة					
مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري
		تعويضات العمال			أجور
		البطال			/الضمان الاجتماعي الإعاقاة
		إعالة الطفل / نفقة الزوجة			المعاش التقاعدي
		إيرادات تأجير الأراضي			التوظيف الذاتي
		أخرى			المساعدة العامة
خطاب الدعم المالي - يجب أن يستكملة الشخص الذي يقدم الدعم فقط					
<input type="checkbox"/> أنا أقدم أكثر من 50% من الدعم لتغطية نفقات معيشة المريض، لكنني غير قادر على المساعدة في الفواتير الطبية.					
<input type="checkbox"/> بالتوقيع على هذه الرسالة، أؤكد أن البيان أعلاه صحيح وأني لن أكون مسؤولاً بأي حال من الأحوال عن فواتير المريض. إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بي على _____ (رقم الهاتف)					
العلاقة بالمريض			اسم الشخص الذي يقدم الدعم		
التاريخ			توقيع الشخص الذي يقدم الدعم		

التحقق من الدخل وتحديد الهوية

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي. وأفهم أن المعلومات المقدمة تخضع للتحقق. سأكون مسؤولاً عن سداد أي خدمات مقدمة في الشركات التابعة لنظام Trinity Health إذا تم تقديم المعلومات المذكورة أعلاه تحت ذرائع كاذبة.

توقيع المريض

التاريخ

أو توقيع الوصي القانوني (إن وجد)

التاريخ:

العلاقة بالمريض:]

التاريخ:

يُرجى إرسال طلبك بالبريد على العنوان أعلاه، أو إرساله بالفاكس على الرقم 312-871-3350 و/أو تحميل المستندات من خلال MyChart (بوابة المرضى) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 800-494-5797 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحًا حتى 5 مساءً. التوقيت الشرقي.