

طلب سري لبرنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP) أو المساعدة المالية
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 ☐ إثبات الدخل الإجمالي للأشهر الثلاثة الماضية (في حالة التقدم بطلب للحصول على HCAP
- ☐ 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

اسم المريض [تاريخ الميلاد	
رقم الضمان الاجتماعي/ رقم EIN (اختياري)		الهاتف المحمول	
العنوان البريدي [المدينة [C]	
عنوان البريد الإلكتروني [ما هي الولاية التي تقيم فيها؟]	
الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أخرى			
تاريخ (تواريخ) خدمة المستشفى: من _____ إلى _____			
هل تقدم إقرارًا ضريبيًا فيدراليًا؟		هل يمكن اعتبارك كتابع في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة بالنفي، لماذا؟			
هل كان لديك أو لدى مُعاليك تغطية تأمين صحي في وقت الخدمة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قدم نسخة من بطاقة التأمين)			
هل أنت مقيم موثق في الولايات المتحدة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة			
المطالب بها في الإقرار الضريبي (Y/N)	الدخل لمدة 12 شهرًا قبل الخدمة في المستشفى	الدخل لمدة 3 أشهر قبل الخدمة في المستشفى	العلاقة مع المريض
أفراد الأسرة ، بما في ذلك أنت بناءً على إقراراتك الضريبية الأخيرة	تاريخ الميلاد		

طلب سري لبرنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP) أو المساعدة المالية
بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

التحقق من دخل جميع أفراد الأسرة					
مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)
أجور		تعويضات العمال			
الضمان الاجتماعي/ الإعاقة		البطال			
المعاش التقاعدي		إعالة الطفل/ نفقة			
التوظيف الذاتي		إيرادات تأجير الأراضي			
المساعدة العامة		أخرى			
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 وأنا لن أكون مسؤولاً بأي حال من الأحوال عن فواتير المريض. إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بي على _____ (رقم الهاتف)					
اسم الشخص الذي يقدم الدعم			العلاقة بالمريض		
توقيع الشخص الذي يقدم الدعم			التاريخ		

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 صباحاً حتى 5 مساءً. التوقيت الشرقي.