

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

**يرجى ملء استمارة الطلب والتواقيع 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**

تاريخ الميلاد		اسم المريض [ ]	
هاتف آخر		الهاتف المحمول	رقم الضمان الاجتماعي / رقم EIN (اختياري)
رمز البريدي	الولاية	المدينة [C]	العنوان البريدي [ ]
ما هي الولاية التي تقيم فيها؟ [ ]		عنوان البريد الإلكتروني [ ]	

الحالة الاجتماعية  أعزب  متزوج  مطلق  أخرى

____ إلى ____ تاريخ (تواريخ) خدمة المستشفى: من _____	
<p>هل يمكن اعتبارك كتابع في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل تقدم إقراراً ضريبياً فيدراليًا؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بالنفي، لماذا؟</p>	

<p>هل كان لديك أو لدى مُعايليك تغطية تأمين صحي في وقت الخدمة؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قدم نسخة من بطاقة التأمين))</p>	
--	--

<p>هل أنت مقيم مؤقت في الولايات المتحدة؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة</p>	
--	--

أفراد الأسرة ، بما في ذلك أنت بناء على إقراراتك الضريبية الأخيرة	تاريخ الميلاد	العلاقة مع المريض	الدخل لمدة 3 أشهر قبل الخدمة في المستشفى	الدخل لمدة 12 شهراً قبل الخدمة في المستشفى	المطالب بها في الإقرار الضريبي (Y/N)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

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					
إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري
		تعويضات العمال			أجور
		البطال			الضمان الاجتماعي / الإعاقة
		إعالة الطفل / نفقة			المعاش التقاعدي
		إيرادات تأجير الأراضي			الترخيص الذاتي
		أخرى			المساعدة العامة
خطاب الدعم المالي - يجب أن يستكمله 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 فواتير الطبية.					
<input type="checkbox"/> بالتوقيع على هذه الرسالة، أؤكد أن البيان أعلاه صحيح وأنني 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)  
\_\_\_\_\_  
:

العلاقة بالمريض []:  
\_\_\_\_\_  
التاري: \_\_\_\_\_  
:

\_\_\_\_\_  
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) - إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 800-494-5797 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحاً حتى 5 مساءً. التوقيت الشرقي.