

مهم: \*\*قد تتمكن من الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. إن إكمال هذا الطلب سوف يساعد نظام Advocate Health Care على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات مجانية أو مخفضة من نظام Advocate أو ما إذا كان بإمكانك التأهل للبرامج الحكومية التي يمكن أن تساعد في الدفع مقابل الرعاية الصحية الخاصة بك. إذا لم تكن مشمولاً بأي تأمين، فإن رقم الضمان الاجتماعي لـ يكون لـ أو للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة من نظام Advocate. ولكن رقم الضمان الاجتماعي يكون لـ أو لبعض البرامج الحكومية، بما في ذلك برنامج Medicaid. لـ يلزم تقديم رقم ضمان اجتماعي في هذا الطلب ولكنه سيساعد نظام Advocate على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج للمساعدات الحكومية.

يرجى إكمال هذا الطلب في أسرع وقت ممكن بعد تاريخ الخدمة حتى يتمكن نظام Advocate Health Care من تحديد أهليتك المحتملة للحصول على المساعدات المالية. سوف نقبل طلبك حتى 240 يومًا بعد تاريخ بيان الفترة الأول الخاص بالرعاية.

الغرض من هذا الطلب، يعرف نظام Advocate Health Care الأسرة بأنها المريض-ة- زوجة- المريض/شريك-ة- المريض في اتحاد مدني وولي أمر المريض-ة- أو الوصياء عليه- عليها- في حال كان المريض-ة- قاصدًا- وأي أفراد معالين مذكورين في إقرار ضريبة الدخل الخاص بالمريض-ة- أو ولي الأمر ويعيشون في منزل المريض-ة- أو منزل وولي أمره-ها- أو الوصياء عليه- عليها-.

تعليمات: أكمل الطلب بالكامل وقم بالتوقيع على الإقرار الخاص بالطلب لتأكيد المعلومات.			
معلومات المريض			
عنوان البريد الإلكتروني			
اسم العائلة	ألم الأول	الحرف الأول من ألسم الأوسط	تاريخ الميلاد
الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية
صاحب العمل	العنوان	الرمز البريدي	رقم هاتف المنزل
المدينة	الولاية	إجمالي الدخل الشهري	رقم هاتف المحمول
هل لديك تغطية تأمينية أو هل أنت مؤهل ألي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك تغطية الأجنب أو Marketplace أو COBRA أو مخصصات المحاربين القدامى أو Medicaid أو Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم - <input type="checkbox"/> يرجى تقديم المعلومات أدناه- <input type="checkbox"/> ل، التأمين الصحي غير مزود/متاح			
حامل البوليصة:	جهة التأمين:	رقم البوليصة:	رقم هاتف العمل
حامل البوليصة:	جهة التأمين:	رقم البوليصة:	
هل كنت مقي اما في إلينوي عندما تلقيت الرعاية الخاصة بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ل			
هل تقدمت لبرنامج Medicaid؟ - قد نطلب منك أن تفعل ذلك- <input type="checkbox"/> نعم - في انتظار الموافقة <input type="checkbox"/> نعم - غير مؤهل <input type="checkbox"/> ل			
هل العالج المقدم يتعلق بأي مما يلي؟ <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> جريمة <input type="checkbox"/> إصابة في مكان العمل <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____			
هل سترفع مطالبة إثبات مسؤولية طرف ثالث - المركبات، تعويضات جهة العمل، إلخ-... <input type="checkbox"/> نعم - <input type="checkbox"/> يرجى تقديم المعلومات أدناه- <input type="checkbox"/> ل			
اسم المحامي: _____ رقم هاتف المحامي: _____			
الزوج-ة/-الضامن أو ولي-وليا- أمر القاصر			
عنوان البريد الإلكتروني			
اسم العائلة	ألسم الول	الحرف الأول من ألسم الأوسط	تاريخ الميلاد
صاحب العمل	العنوان	الرمز البريدي	رقم الضمان الاجتماعي
المدينة	الولاية	إجمالي الدخل الشهري	هاتف المنزل
أفراد الأسرة المعالين			
الاسم	العمر	العلاقة	رقم هاتف المحمول

المستشفى المرغوب	
يرجى تحديد المستشفى الذي من المقرر أن تزوره ، أو على الأرجح ستزوره:	
Lutheran General Hospital <input type="checkbox"/>	Christ Medical Center <input type="checkbox"/>
Sherman Hospital <input type="checkbox"/>	Condell Medical Center <input type="checkbox"/>
South Suburban Hospital <input type="checkbox"/>	Good Samaritan Hospital <input type="checkbox"/>
Trinity Hospital <input type="checkbox"/>	Good Shepherd Hospital <input type="checkbox"/>
Advocate Children's Hospital <input type="checkbox"/>	Illinois Masonic Medical Center <input type="checkbox"/>

الاهلية الافتراضية	
يكون المرضى غير المؤمن عليهم الذين يستوفون أحد معايير الأهلية الافتراضية المدرجة أدناه، سواء بشكل فردي أو من خلال المخصصات المقدمة لسرتهم، مؤهلين تلقائياً لتلقي الرعاية المجانية وُل يلزم أن يقدموا أي معلومات متعلقة بالدخل أو الأصول أو النفقات*. يتحقق نظام Advocate من الأهلية إلكترونياً كلما أمكن ولكن قد يحتاج إليك لمساعدتنا في إثبات أهليتك.	
<b>*سيظل المريض ملزماً بالتوقيع على القرار الخاص بالطلب</b>	
<input type="checkbox"/> برنامج النساء والرضع والاطفال -WIC-	<input type="checkbox"/> برنامج المساعدات الغذائية التكميلية-SNAP-
<input type="checkbox"/> السجن	<input type="checkbox"/> التشرد
<input type="checkbox"/> الوفاة دون ترك أملاك	<input type="checkbox"/> TANF: المساعدات المؤقتة لألسر المحتاجة
<input type="checkbox"/> برنامج المساعدات الطبية المجتمعية	<input type="checkbox"/> العجز العقلي مع عدم وجود أي شخص للتصرف نيابة عن المريض
<input type="checkbox"/> ألتنماء لمنظمة دينية ونذر الفقر	<input type="checkbox"/> التأهل لبرنامج Medicaid ولكن ليس في تاريخ الخدمة أو للخدمات غير المغطاة
<input type="checkbox"/> برنامج وجبات الغداء/الغطار المجانية في ولاية إلينوي	<input type="checkbox"/> برنامج LIHEAP: مساعدات الطاقة المنزلية لمحدودي الدخل
<input type="checkbox"/> منح مساعدات الخدمات الطبية	<input type="checkbox"/> برنامج دعم المساكن المستأجرة التابع لهيئة تطوير المساكن بولاية إلينوي
<input type="checkbox"/> برنامج المساعدات الطبية المجتمعية	<input type="checkbox"/> المعلومات المطلوبة من التقييم اللفظي

معلومات الدخل والأصول	
يرجى توفير واحد أو أكثر مما يلي لكل فرد من أفراد الأسرة العاملين والتوقيع على البيان أدناه:	
1. نسخة من أحدث كعوب شيكات الجور	4. بيان من صاحب عملك إذا كان الدفع نقداً
2. نسخة من أحدث نموذج W-2 ونموذج 1099	5. أي إثبات آخر من طرف ثالث متعلق بدخلك -بما في ذلك خطابات المنح، بيانات المخصصات، أوامر المحكمة، إلخ...
3. نسخة من أحدث إقرار ضريبي	
<b>إقرار الدخل</b>	
إذا لم يكن بإمكانك تقديم أي وثائق متعلقة بدخلك، فاملأ البيان أدناه:	
أقر أنا _____ -أسم-، أنني لأمك أي وثائق تثبت الدخل الشهري السرتي وقدره _____ دولار.	
يتم الحصول عليه من:	المبلغ: _____ دولار
يتم الحصول عليه من:	المبلغ: _____ دولار

مصادر دخل أخرى	
بالإضافة إلى الدخل الذي تحصل عليه من وظيفتك، قد تتلقى دخلاً أو دعماً من مصدر آخر -على سبيل المثال الضمان الاجتماعي، أو مخصصات الإعاقة، أو إعالة الطفل، أو النفقة، أو تعويضات البطالة أو العمال، أو معاش أو مخصصات إعاقة المحاربين القدامى، أو المساعدات المؤقتة لألسر المحتاجة، أو دخل التقاعد، أو دخل آخر-. يرجى تحديد مصدر الدخل وقدره.	
<b>الحسابات البنكية/الاستثمارات/الأصول</b>	
يرجى إدراج إجمالي الرصيد الحالي لكل مما يلي.	
الحسابات الجارية/حسابات الدخار/حسابات ألتنمائي:	<input type="checkbox"/> لا ينطبق _____ دولار
استثمارات أخرى -سندات، أسهم، إلخ. باستثناء حساب التقاعد الفردي و/أو حسابات التقاعد:-	<input type="checkbox"/> لا ينطبق _____ دولار
حساب ألدخارات الصحية أو الإنفاق المرن	<input type="checkbox"/> لا ينطبق _____ دولار
السيارات أو المركبات الأخرى	<input type="checkbox"/> لا ينطبق _____ دولار

الممتلكات	
يرجى تقديم المعلومات المتعلقة بأي ممتلكات -مباني و/أو أراضٍ- تمتلكها بخلف محل إقامتك الرئيسي.	
ما قيمة جميع المباني والأراضي مطروحة منها المبلغ المدين به عن الممتلكات؟	<input type="checkbox"/> لا ينطبق _____ دولار
هل تُستخدم هذه الممتلكات كمصدر للدخل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما قيمة الأراضي -دون المباني- مطروحة منها المبلغ المدين به عن الممتلكات؟	<input type="checkbox"/> لا ينطبق _____ دولار
هل تُستخدم هذه الممتلكات كمصدر للدخل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

<b>معلومات النفقات الشهرية</b> يُرجى ذكر النفقات الشهرية الخاصة بك أدناه. قد تساعد هذه المعلومات نظام Advocate على اتخاذ قرار بشأن طلبك، مثل وجود فواتير كبيرة غير مسددة مما قد يُظهر أنك تمر بضائقة مالية. يمكنك تقديم نسخ من هذه النفقات -على سبيل المثال: فواتير الهاتف، فواتير الكهرباء، الفواتير الطبية، كشوفات حساب بنكية أو لحساب جارٍ، إلخ- مع نموذج الطلب الخاص بك.		
المبلغ:	معدل التكرار:	الإسكان/الرهن/الإيجار
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	المرافق -الكهرباء، التدفئة/التبريد، المياه، إلخ-.
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	الطعام
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	وسائل المواصلات
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	رعاية المعالين
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	القروض
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	النفقات الطبية
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
المبلغ:	معدل التكرار:	نفقات أخرى
_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعاً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	

<b>معلومات المريض - اختياري</b> يتم استخدام المعلومات التالية للأغراض الإحصائية فقط. الأسئلة التالية اختيارية، ولن يكون لردود المريض أو عدم إجابته أي تأثير على نتيجة الطلب.			
<b>سلالة مقدم الطلب:</b>	<b>المجموعة العرقية لمقدم الطلب</b>	<b>جنس مقدم الطلب</b>	<b>اللغة المفضلة لمقدم الطلب</b>
<input type="checkbox"/> الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود / أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> جزر المحيط الهادئ الأخرى <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> شيء آخر	<input type="checkbox"/> أصل إسباني / لاتيني <input type="checkbox"/> ليس من أصل إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير معروف	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> بولندي <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> الصينية المبسطة <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> آخر

**القرار الخاص بالطلب:** أقر أنا بأن المعلومات المذكورة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. سوف أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدات محلية أو فيدرالية أو تابعة للولاية قد أكون مؤهلاً لها للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. أدرك أن المعلومات المقدمة يمكن أن يتم التحقق منها من قبل نظام Advocate Health Care، وأصرح لنظام Advocate Health Care بالتواصل مع أطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. أدرك أنني إذا قمت عن علم بتقديم معلومات غير حقيقية في هذا الطلب، فسوف أكون غير مؤهل للحصول على المساعدات المالية الخاصة بنظام Advocate، وسيتم استعادة أي مساعدات مالية منحت لي، وسوف أكون مسؤولاً عن سداد فاتورة المستشفى. يقر المريض أنه بذل مجهوداً حقيقياً لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد إذا ما كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدات المالية.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

أكمل ما يلي إذا كنت تعتمد على شخص آخر لتوفير نفقات الحياة اليومية.

بيان العالة

\*\*\*يتم إكماله من قبل الشخص الذي يقدم المساعدة للمريض و/أو أسرة المريض\*\*\*

اسم المريض:

اسم الشخص الذي يكفل احتياجات المريض:

عنوان الشخص المذكور أعلاه:

رقم الهاتف: المنزل: الهاتف المحمول:

علقته بالمريض:

أقوم بتقديم المساعدة المالية إلى المريض منذ \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_

لقد قدمت:

- الإقامة وجبات الطعام  الملابس  مدفوعات للنفقات الشهرية
- النفقات المدرسية  الأدوية  نفقات وسائل المواصلات: قرض السيارة، تأمين السيارة، الوقود، إلخ
- غير ذلك، يرجى التحديد:

يمكنني ألتمرار في تقديم المذكور أعلاه للشخص المذكور ولكن ل يمكنني المساهمة في نفقاته الطبية.

التاريخ

توقيع الشخص المقدم للمساعدات

هل تحتاج إلى مساعدة؟ يمكننا مساعدتك.	تقديم الطلبات المكتملة بواسطة:
اتصل على الرقم 795-2300 (847) أو قم بزيارة أحد مستشاري الشؤون المالية للمرضى	يرسل إلى: Advocate Health Care P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908 الفاكس: (630) 645-4691 البريد الإلكتروني: SRCO-FinancialAssistance@aah.org أو يتم إحضاره إلى أحد مستشاري الشؤون المالية للمرضى

قد يتم الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية طلب الخصم الخاص بالمرضى غير المؤمن عليهم إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنايب العام لولاية إيلينوي (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General). يمكنك الاتصال بهم على هاتف رقم 1-877-305-5145.