



تعليمات طلب المساعدة المالية

سنقوم بالتزويد بمساعدة مالية للخدمات الضرورية طبيًا للمرضى المؤهلين. يعتمد التأهيل للحصول على مساعدة مالية على الإرشادات الفدرالية الخاصة بالفقر (المنشورة سنويًا في السجل الفدرالي). يمكن للمرضى الذين يشيرون إلى أنه ليس لديهم تأمين أو أي وسيلة أخرى لسداد تكاليف الخدمات الضرورية طبيًا أن يطلبوا النظر في حالتهم للحصول على مساعدة مالية.

يرجى إعادة المستندات التالية:

- طلب المساعدة المالية المكمل (لن يتم النظر في الطلبات غير المكتملة)
- إثبات على دخل الأسرة
- سكان ولاية ميشيغان: أحدث قسائم مدفوعات لأخر 4 دفعات، أحدث بيانات مصرفية لأخر شهرين، برهان عن مصادر دخل أخرى، الأصول (403b) و401k وما إلى ذلك).
- سكان ولاية أوهايو: أحدث قسائم مدفوعات لأخر 3 أشهر قبل الخدمات
- نموذج التحقق من الدخل (إذا لم يكن لديك حاليًا أي دخل)
- نسخة من آخر إقرار ضريبي فدرالي tax return تم تقديمه
- يرجى ذكر إذا لم يكن بالمستطاع الحصول على أي وثيقة

يرجى السماح بـ 30 يوم عمل لمعالجة الطلب. قد تطلب McLaren Health Care مستندات مالية إضافية ضرورية لمعالجة طلب المساعدة المالية. وستتسبب الطلبات أو الوثائق المفقودة و/أو غير المكتملة إلى تأخير إنهاء الطلب.

يرجى إعادة الطلب المكمل

والمستندات الداعمة في غضون أربعة عشر (14) يومًا إلى:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315
أو FinancialAssistance@mclaren.org

يجب إعادة جميع المعلومات المطلوبة حتى تتم معالجتها / مراجعتها للحصول على المساعدة المالية. إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال الطلب، فيرجى الاتصال بـ:
قسم الخدمات المالية للمرضى على الرقم
(844) 321-1557

نموذج التحقق من الدخل

ينبغي استخدام هذا النموذج فقط عندما لا يذكر مقدم طلب المساعدة المالية أي دخل.

ينبغي استكمال جميع الحقول في هذا النموذج حتى يكون النموذج صالحاً.

اسم مقدم الطلب:	العنوان الحالي لمقدم الطلب:
-----------------	-----------------------------

التحقق من دخل مقدم الطلب

أشهد بموجبه، _____، بأنه ليس لدي دخل مكتسب أو غير مكتسب. أُنح McLaren Health Care الإذن للتحقق من صحة هذه الإفادة. أفهم أنه إذا وجدت McLaren Health Care أنني اكتسبت دخلاً مكتسباً أو دخلاً غير مكتسب، فسيتم تجريدي من أهلية تلقي المساعدة المالية.

أُتلقى الدعم حالياً من (يرجى ذكر كيف تُلبي النفقات الأساسية والطعام والملبس والمأوى، واذكر أسماء جميع الأفراد الذين يقدمون الدعم):

أفهم أنه يجوز لممثل من McLaren Health Care الاتصال بالأفراد المذكورين أعلاه للتحقق من المعلومات المقدمة.

التوقيع

توقيع مقدم الطلب: _____

الاسم بشكل واضح _____

التاريخ: _____

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- غير ذلك

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region



طلب للحصول على مساعدة مالية

المبلغ (المبالغ) المستحقة الإجمالية _____ أرقام الحساب _____

اسم المريض _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____

عنوان المنزل _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

هاتف المنزل _____ الهاتف البديل _____

اسم الطرف المسؤول (الكفيل) _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____

صاحب العمل _____ هاتف العمل _____

يرجى تحديد خيار واحد: موظف نشط صاحب مهنة حرة عاطل عن العمل متقاعد مُعاق

إذا كنت موظفاً – هل تعمل: بدوام كامل بدوام جزئي بشكل متقطع إجمالي عدد الساعات/في الأسبوع _____

اسم الزوج/الزوجة _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____

صاحب عمل الزوج/الزوجة _____

يرجى تحديد خيار واحد: موظف نشط صاحب مهنة حرة عاطل عن العمل متقاعد مُعاق

إذا كنت موظفاً/موظفة – هل تعمل/تعملين: بدوام كامل بدوام جزئي بشكل متقطع إجمالي عدد الساعات/في الأسبوع _____

اسم وعمر الأطفال المعالين (بما في ذلك نفسك والزوج/الزوجة) _____

المدخرات (IRA، Money Market، CD، الحساب المصرفي وحسابات الاتحاد النقابي)

الرصيد	نوع الحساب	المدينة	اسم المصرف

هل تملك منزلك؟ نعم لا إذا نعم، ادرجه أدناه.

هل تملك أي عقار آخر؟ سيارات، منزل متحرك، عقارات أخرى نعم لا إذا نعم، اذكر ذلك أدناه

الممتلكات

حجم القرض المستحق	القيمة السوقية	أصول – منزل، سيارة، الخ.

الدخل الشهري للعائلة والنفقات

عنصر الدخل	المبلغ (شهرياً)	عنصر المصروفات	المبلغ (شهرياً)
الراتب الإجمالي للعائلة		الإيجار/قسط رهن المنزل	
دخل الضمان الاجتماعي		الضرائب العقارية	
الدخل من الفوائد (Interest)		السيارة	
الدخل من الإيجار		التأمين: تأمين المنزل	
نفقات الزوجة المطلقة		التأمين: السيارة	
نفقات الطفل		التأمين: الرعاية الصحية	
معاش التقاعد		التأمين: تأمين على الحياة	
المساعدة العامة		رسوم المرافق العامة (كهرباء، ماء الخ.)	
العطالة عن العمل		البقالة	
مساعدة الولاية/المساعدة الفدرالية		وقود للسيارة	
مساهمات من الآخرين		العناية الطبية	
دخل من عقد عقاري		نفقات الزوجة المطلقة/نفقات الطفل	
تعويضات العمال		غير ذلك (يرجى التحديد)	
تخصيصات العائلة للعسكر		غير ذلك (يرجى التحديد)	
غير ذلك (يرجى التحديد)		غير ذلك (يرجى التحديد)	

القروض المدفوعة على أقساط وبطاقات الائتمان

الدائن	حجم المبلغ المستحق	الدفعات الشهرية

الدخل الإجمالي	المصروفات الإجمالية

يرجى إرفاق أي تفاصيل أخرى تتعلق بإيراداتك ونفقاتك والتي قد تكون ذات صلة بطلبك.

أؤكد بموجب أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة حسب أفضل ما عندي من معلومات. أفوض بموجب شركة McLaren Health Care Corporation (MHCC) والشركات التابعة لها للتحقق من صحة أية معلومات واكتمالها. كما أعطي الإذن بأن يتم توفير هذه المعلومات لشركة MHCC وإتاحتها للشركات التابعة لها. إنني أفهم أن شركة MHCC بصفتها منظمة خيرية قد تقوم بتزويدي برعاية مجانية أو مخفضة. كما أفهم أيضاً بأنه قد يتم الحصول على التقرير الائتماني الشخصي في سياق عملية صنع القرار بهذا الشأن.

التاريخ

توقيع المريض أو الطرف المسؤول

التاريخ

توقيع الزوج/الزوجة

المصادقات صالحة لمدة اثني عشر شهرًا (12)، بعد ذلك يصبح مطلوباً تحديث المعلومات لأي خدمات مستقبلية. يجب إجراء ترتيبات سداد مقبولة لأي رصيد متبق ويمكن إعادة تقييمه وفقاً لتقدير MHCC.

التاريخ

التوقيع المخوّل

القرار: