



## تعليمات طلب المساعدة المالية

سوف نقوم بتوفير المساعدة المالية للخدمات الضرورية من الناحية الطبية للمرضى المؤهلين.

يعتمد التأهل للمساعدة المالية على توجيهات الفقر الفيدرالية (التي يتم نشرها بشكل سنوي في السجل الفيدرالي). يمكن أن يطلب المرضى الذين يشيرون إلى أنهم ليس لديهم تأمين أو أي وسيلة أخرى من وسائل الخدمات الضرورية طبياً أن يتم النظر في توفير المساعدة المالية لهم.

يجب أن يقوم المرضى الذين يقدمون الطلبات للحصول على المساعدة المالية بتقديم طلبات للحصول على المساعدة الكاملة من خلال البرامج الفيدرالية والتابعة للولاية والحكومية المحلية (Medicaid وخطط الرعاية الصحية للمقاطعات وما إلى ذلك) مع توفير دليل على الطلب و / أو رفض البرنامج للمشاركة إلى McLaren Health Care.

### الرجاء توفير الوثائق التالية:

- طلب المساعدة المالية المكتمل (لن يتم النظر في أمر الطلبات غير المكتملة)
- وثيقة إثبات على دخل الأسرة (آخر شيكي راتب أو البيان البنكي أو غير ذلك من وثائق الإثبات)
- نموذج التحقق من الدخل (إذا لم يكن لديك حالياً أي دخل)
- نسخة من آخر إقرار ضريبي مقدم
- الرجاء ذكر ما إذا لم يكن بالإمكان الحصول على أي وثائق

يمكن أن تطلب مؤسسة McLaren Health Care المزيد من الوثائق المالية الضرورية لمعالجة طلب المساعدة المالية.

الرجاء إرجاع الطلب المكتمل ووثائق الإثبات خلال أربعة عشر (14) يوماً إلى العنوان:

McLaren Corporate Services  
Revenue Cycle Operations: عناية:  
50820Schoenherr Rd  
Shelby Township, MI 48315

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال الطلب، الرجاء الاتصال ب:  
الخدمات المالية للمرضى  
إدارة خدمات العملاء  
(844) 321-1557

### نموذج التحقق من الدخل

يجب ألا يتم استخدام هذا النموذج إلا عندما لا يقوم مقدم طلب المساعدة المالية بسرد أي دخل.

يجب أن يتم إكمال كل الحقول في هذا النموذج لكي يكون النموذج ساريا. اسم مقدم

الطلب	لحالي لمقدم الطلب:
-------	--------------------

### التحقق من دخل مقدم الطلب

أقر أنا، \_\_\_\_\_ ، أنني ليس لدي أي دخل مكتسب أو غير مكتسب. أنا أمنح الإذن لمؤسسة McLaren Health Care للتحقق من هذا البيان. أنا أدرك أنه إذا وجدت McLaren Health Care أن لدي دخل مكتسب أو غير مكتسب، فسوف أصبح غير مؤهل لتلقي المساعدة المالية.

يتم دعمي حاليا من خلال (اسرد كيف تفي بالنفقات الأساسية ونفقات الطعام والملابس والملجأ، بما في ذلك أسماء كل الأفراد الذين يقومون بتوفير الدعم):

أنا أدرك أنه يمكن أن يقوم أحد ممثلي McLaren Health Care بالاتصال بالأفراد الواردين أعلاه للتحقق من المعلومات التي تم توفيرها.

### التوقيع

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

الاسم بحروف واضحة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

- McLaren Homecare Group  McLaren-Bay Region   
 McLaren-Lapeer Region  McLaren-Bay Special Care   
 McLaren-Macomb  McLaren Cancer Institute   
 McLaren Medical Group  McLaren-Central Michigan   
 McLaren-Oakland  McLaren-Clarkston   
 McLaren-Orthopedic  McLaren-Flint   
 Hospital Northern Michigan Regional Hospital  McLaren-Greater Lansing   
 \_\_\_\_\_ غير ذلك  McLaren Health Care   
 McLaren Health Plan



## الرعاية الصحية

### طلب الحصول على المساعدة المالية

إجمالي الرصيد (الأرصدة) المستحق \_\_\_\_\_ رقم الحساب \_\_\_\_\_

اسم المريض \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

عنوان المنزل \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

هاتف المنزل \_\_\_\_\_ الهاتف البديل \_\_\_\_\_

اسم الشخص المسؤول (الضامن) \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

صاحب العمل \_\_\_\_\_ هاتف العمل \_\_\_\_\_

يرجى اختيار أحد الخيارات:  يعمل حالياً  عمل حر  عاطل  متقاعد  معاق

إذا كنت موظفاً، فهل تعمل:  بدوام كامل  بدوام جزئي  غير نظامي  متوسط عدد الساعات في الأسبوع \_\_\_\_\_

اسم الزوج / الزوجة \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

صاحب عمل الزوج / الزوجة \_\_\_\_\_

يرجى اختيار أحد الخيارات:  يعمل حالياً  عمل حر  عاطل  متقاعد  معاق

إذا كنت موظفاً، فهل تعمل:  بدوام كامل  بدوام جزئي  غير نظامي  متوسط عدد الساعات في الأسبوع \_\_\_\_\_

أسماء وأعمار المعالين (بما في ذلك الذات والزوج / الزوجة) \_\_\_\_\_

### التوفيرات (شهادات الإيداع، سوق الأموال، حساب التقاعد الفردي (IRA)، حسابات الاتحاد الجارية والائتمان)

اسم البنك	المدينة	نوع الحساب	الرصيد

هل تمتلك منزلًا؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بتسجيل البيانات التالية.

هل تمتلك أي ممتلكات أخرى؟ مركبات، مركبات ترفيهية، عقارات أخرى  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بتسجيل البيانات التالية.

#### الأصول

الأصل - منزل، أو مركبة، أو ما إلى ذلك	القيمة السوقية	مبلغ القرض المعلق

دخل ونفقات المنزل الشهرية

عناصر الدخل	المبلغ (الشهري)	عناصر النفقات	المبلغ (الشهري)
إجمالي المدفوعات المنزلية		الإيجار / الرهن	
الدخل من الضمان الاجتماعي		ضرائب الممتلكات	
الدخل من الفوائد		السيارات	
الدخل من الإيجار		التأمين: ملاك المنازل	
النفقة		التأمين: السيارات	
إعالة الطفل		التأمين: الصحة	
المعاش		التأمين: على الحياة	
المساعدة العامة		المرافق	
البطالة		البقالة	
المساعدة الفيدرالية / من الولاية		الجازولين	
المساهمات من الآخرين		الأغراض الطبية	
الدخل من عقود الأراضي		النفقة / إعالة الطفل	
تعويض العمال		غير ذلك	
المخصصات العسكرية للأسرة		غير ذلك	
غير ذلك (يرجى التحديد)		غير ذلك	

أقساط القروض وبطاقات الائتمان

الدائن	الرصيد الحالي	المدفوعات الشهرية

إجمالي الدخل	إجمالي النفقات

الرجاء إرفاق أي تفاصيل إضافية فيما يتعلق بدخلك ونفقاتك والتي يمكن أن تتعلق بطلبك. أقر بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وسليمة حسب علمي. أنا أصرح لمؤسسة (MHCC) McLaren Health Care Corporation والشركات الفرعية التابعة لها بالتحقق من أي معلومات لضمان دقتها واكتمالها. كما أنني أصرح كذلك بأن تتاح تلك المعلومات للكشف عنها لمؤسسة MHCC والشركات التابعة لها. أنا أدرك أن مؤسسة MHCC، كونها مؤسسة خيرية، يمكن أن تقوم بتوفير رعاية مجانية أو مقابل رسوم مخفضة لي. كما أنني أدرك كذلك أنه قد تتم الإشارة إلى تقرير الائتمان الشخصي في إطار عملية اتخاذ القرار.

توقيع المريض أو الطرف المسؤول \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الزوج / الزوجة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

تكون الموافقات سارية لمدة ستة أشهر، وعند انتهاء ذلك الأجل، سيتم طلب معلومات محدثة لأي خدمات مستقبلية. يجب أن يتم عمل ترتيبات متفق عليها للدفع لأي أرصدة متبقية ويمكن أن يتم إعادة تقييم هذه الأرصدة وفقاً لما تراه مؤسسة MHCC.

التاريخ

توقيع الشخص المعتمد

مقبول  مرفوض

سبب الرفض: