



## 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 إثبات على دخل الأسرة
- سكان ميشغن: كعوب آخر 4 شيكات وكشفا (2) حساب بنكيان أو إثبات آخر على الدخل سكان أوهايو: إثبات دخل عن 3 أشهر
- 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

قد تطلب McLaren Health Care مستندات مالية إضافية ضرورية لمعالجة طلب المساعدة المالية.

### 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 321-1557 (844)



### 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 صالحًا.

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

### التحقق من دخل مقدم الطلب

أشهد بموجبه، \_\_\_\_\_، بأنه ليس لدي دخل مكتسب أو غير مكتسب. أُمَنح 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 تلبي 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)

اسم المصرف	المدينة	نوع الحساب	الرصيد

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

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

الدخل الشهري للعائلة والنفقات

عناصر الدخل	المبلغ (شهرياً)	عناصر 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	
تخصيصات العائلة للعسكر		غير ذلك	
غير ذلك (يرجى التحديد)		غير ذلك	

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 بموجبيه أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة حسب أفضل ما عندي من معلومات. أفوض بموجبيه شركة (MHCC) McLaren Health Care Corporation 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.

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

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

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

التوقيع المخوّل \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

القرار:

--