



المرضى الذين يحتاجون إلى مساعدة مالية

يشعر مركز Penn State Health (PSH) بالفخر لقيامه بدوره الذي يهدف إلى تقديم خدمة ممتازة إلى جميع المرضى وأسرهم. إذا كانت لديك مخاوف بشأن دفع فاتورتك الطبية، فإن PSH يقدم المساعدة المالية للمرضى المؤهلين غير المؤمن عليهم وممن لديهم تأمين منخفض.

حيث نقدم المساعدة المالية بناءً على الدخل، وعدد أفراد أسرتك والأصول التي تمتلكها في سبيل الحصول على الخدمات الطارئة والضرورية طبيًا. لن يفرض مركز PSH على الأفراد غير المؤمن عليهم المؤهلين لسياسة المساعدة المالية (Financial Assistance Program, FAP) أو غير المؤهلين لها أكثر من المبالغ المفروضة بشكل عام (amounts generally billed, AGB) نظير الحصول على الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية الأخرى اللازمة طبيًا.

كيفية التقدم بطلب:

- أكمل استمارة طلب الحصول على المساعدة المالية (في الجزء الخلفي من هذا الخطاب)، وأرفق المستندات المذكورة أدناه (إذا كان ممكنًا):
- أحدث نماذج الضرائب الصادرة من دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) المقدمة مؤخرًا (1040) وأي ملاحق سارية (مثل الجدول 1، ج، د، هـ، و)
- أحدث أربعة (4) من كعوب شيكات الأجر (يجب أن تعكس إجمالي الأرباح منذ بداية العام وحتى تاريخه)
- أحدث أربعة (4) كشوف مصرفية لجميع الحسابات: بما في ذلك جميع الأسهم وجميع الصفحات دون أي تعديل، سواء للحسابات الشخصية أو التجارية. (الحسابات الجارية، حسابات التوفير، حسابات الادخار الموسمية/المخصصة للأعياد، حسابات الوساطة، حسابات سوق المال، حسابات التقاعد الفردية (IRA)، صناديق الاستثمار المشتركة، شهادات الإيداع (COD)، وما إلى ذلك)
- إقرار دخل الضمان الاجتماعي أو دخل الإعاقة للسنة الحالية
- مستندات إعالة الطفل و/أو النفقة، موضحًا تفاصيل الدخل الممنوح
- إثبات دخل البطالة أو تعويضات العمال
- مستندات دخل التقاعد (المعاش التقاعدي، الأقساط السنوية، حسابات 401k، وما إلى ذلك)
- إذا لم يكن لدى الأسرة دخل، فيجب تقديم خطاب من الشخص (الأشخاص) الذي يساعد في مصاريف المعيشة
- إثبات المساعدة الطبية، إشعار قانون الرعاية الميسرة (ACA)، أو قرار سوق التأمين الصحي
- إثبات الجنسية أو الإقامة الدائمة القانونية (تأشيرة صالحة/البطاقة الخضراء).
- يجب على غير المواطنين تقديم إثبات الإقامة في ولاية بنسلفانيا.
- إثبات جميع مصادر الدخل الأخرى المستلمة خلال السنة الحالية، بما في ذلك تأكيد التوزيع من الملكيات/التركتات أو تسويات الالتزامات. (لن يُنظر في طلب المساعدة المالية حتى التسوية النهائية بشأن الملكية/التركة أو التقاضي)
- أي معلومات أخرى يطلبها مركز PSH لمراجعة طلب المساعدة المالية بشكل ملائم من أجل تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

يُرجى زيارة موقعنا على: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> من أجل الوصول إلى سياسة المساعدة المالية والمزيد من طلبات المساعدة المالية. تتم ترجمة المستندات إلى العديد من اللغات، وتتوفر على الموقع الإلكتروني أو يمكنك طلبها شخصيًا. سيتم إخطار كل المتقدمين عن طريق الهاتف أو عن طريق الخطاب عند اتخاذ قرار بشأن التأهيل تجاه المساعدة المالية الخاصة بهم.

يتوفر موظفو الاستشارات المالية عبر الهاتف، من الاثنين إلى الجمعة 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً. وسيتم التعامل مع أسئلتك بمنتهى التهذيب والسرية.

1-800-254-2619 أو 717-531-1740	مركز Penn State Health Milton S. Hershey الطبي ومركز Lancaster Medical Center والمجموعات الطبية المجتمعية
1-800-254-2619 أو 717-981-1311	Hampden Medical Center
1-800-254-2619 أو 717-763-2885	Pennsylvania Psychiatric Institute و Holy Spirit Medical Center
1-800-254-2619 أو 610-378-2277	St. Joseph Medical Center
717-763-2108	Life Lion LLC

شكرًا جزيلاً لكم،

Penn State Health، الاستشارات المالية

نموذج طلب الحصول على المساعدة المالية

موقع الخدمات:

St .Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	Community Medical Group	<input type="checkbox"/>	Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/>
Hampden Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC	<input type="checkbox"/>	Holy Spirit Hospital	<input type="checkbox"/>
مجموعة لانكستر لجراحة العظام (Lancaster Orthopedic Group)	<input type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute	<input type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center	<input type="checkbox"/>

معلومات المريض:

اسم المريض:	_____	تاريخ الميلاد أو رقم السجل الطبي:	_____
اسم المريض:	_____	تاريخ الميلاد أو رقم السجل الطبي:	_____
اسم المريض:	_____	تاريخ الميلاد أو رقم السجل الطبي:	_____

معلومات الضامن: (الشخص المسؤول عن سداد هذه الفاتورة)

اسم الضامن:	_____
عنوان الشارع:	_____
المدينة:	_____
هاتف منزل الضامن:	_____
رقم الهاتف المحمول:	_____
مكان العمل:	_____
رقم هاتف عمل الضامن:	_____
عدد المعالين الذين تتحمل مسؤوليتهم ماليًا (بما في ذلك أنت نفسك):	_____

أشهد أنني قرأت هذا الطلب بالكامل، وأن جميع المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة صحيحة وحقيقية وكاملة قدر استطاعتي ومعرفتي واعتقادي.

التاريخ

توقيع (الضامن)

حتى يتم النظر في طلبك المقدم، ينبغي إعادة إرسال الوثائق التالية مع هذا النموذج.

- ☐ أحدث نماذج الضرائب الصادرة من IRS المقدمة مؤخرًا (1040) وأي ملاحق سارية (مثل الجدول 1، ج، د، هـ، و)
- ☐ أربعة (4) من كشوفات الأجر الأخيرة (يجب أن تعكس إجمالي الأرباح حتى تاريخه)
- ☐ أحدث أربعة (4) من كشوفات الحساب المصرفي الأخيرة لجميع الحسابات، بما في ذلك جميع الأسهم، وجميع الصفحات دون أي تعديل، سواء للحسابات الشخصية أو التجارية. (الحسابات الجارية، حسابات التوفير، حسابات الادخار الموسمية/المخصصة للأعياد، حسابات الوساطة، حسابات سوق المال، حسابات IRA، صناديق الاستثمار المشتركة، COD، وما إلى ذلك)
- ☐ إقرار دخل الضمان الاجتماعي أو دخل الإعاقة للسنة الحالية
- ☐ مستندات إعالة الطفل و/أو النفقة، موضحًا تفاصيل الدخل الممنوح
- ☐ إثبات دخل البطالة أو تعويضات العمال
- ☐ مستندات دخل التقاعد (المعاش التقاعدي، الأقساط السنوية، حسابات 401k، وما إلى ذلك)
- ☐ إذا لم يكن لدى الأسرة دخل، فيجب تقديم خطاب من الشخص (الأشخاص) الذي يساعد في مصاريف المعيشة
- ☐ إثبات المساعدة الطبية، إشعار ACA، أو قرار سوق التأمين الصحي
- ☐ إثبات الجنسية أو الإقامة الدائمة القانونية (تأشيرة صالحة/البطاقة الخضراء).
- ☐ يجب على غير المواطنين تقديم إثبات الإقامة في ولاية بنسلفانيا.
- ☐ إثبات جميع مصادر الدخل الأخرى المستلمة خلال السنة الحالية، بما في ذلك تأكيد التوزيع من الملكيات/التركات أو تسويات الائتمانات.

يُرجى ملاحظة ما يلي: قد تتلقى فواتير منفصلة للخدمات المهنية التي يقدمها مُقدِّمو الرعاية الصحية المختلفون الذين يتمتعون بامتيازات Penn State Health.

يُرجى إرسال الطلب المكتمل بالبريد إلى:

الاستشارات المالية لدى
Penn State Health
P. O. Box 853 CA-510
Hershey, PA 17033