



## طلب برنامج المساعدات المالية

تحتزم Wheaton Franciscan Healthcare كرامة كل شخص مع إيلاء اهتمام خاص لهؤلاء الذين يعانون من العوائق التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية الصحية. لدينا التزام معادل لإدارة موارد الرعاية الصحية الخاصة بنا باعتبارها خدمات مقدمة للمجتمع بأسره. بالتالي، نحن نقدم المساعدات المالية لبعض الأفراد الذين يأتون إلينا في حالات الطوارئ أو غيرها من حالات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية. كجزء من متطلبات برنامج المساعدة المالية، مطلوب منك أن يتم عرضك على برامج المساعدة الطبية أو المساعدة العامة الأخرى، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التالي: BadgerCare – WI Medicaid; Elderly, Blind, Disabled (EBD); Alien Emergency Medical Assistance (AEMA); Victim of Violent Crime Compensation Fund (VOVC); Presumptive Disability/Medicaid; Social Security Disability/Income (SSD/SSI); Marketplace Health Insurance

### إتعليمات طلب برنامج المساعدات المالية قم بتقديم العناصر ☒ التالية الموضوع أمامها علامة:

(يرجى إرسال النسخ، لن يتم إرجاع المستندات الأصلية)  
جميع المعلومات مطلوبة لمقدم الطلب والزوج / الزوجة معاً

- معرف مقدم الطلب
- نسخة من آخر كعب/قسمة للراتب.
- إثبات الدخل الشهري من الضمان الاجتماعي إذا كنت متقاعدًا عن العمل أو تعاني من الإعاقة. (مثال: بيان البنك أو خطاب المنح)
- التحقق من دخل البطالة.
- التحقق من إعالة الطفل و/أو النفقة.
- التحقق من فوائد المعاش و/أو تعويض العمال.
- التحقق من طوابع الطعام، ومساعدة برنامج FIP، مساعدات الإسكان والتدفئة.
- مقدم الطلب الذي يتلقى مساعدة مالية من أحد أفراد العائلة أو شخص آخر من أجل نفقات المعيشة يجب أن يقدم بيانًا كتابيًا من هذا الشخص أو بيان دعم مع إرفاق معرف هوية الجهة الداعمة.
- نسخة مكتملة للإقرار الضريبي الفيدرالي للعام \_\_\_\_ موقع عليها بما في ذلك جميع الجداول إذا كنت من أصحاب العمل الحر و / أو مزرعة أو دخل ثابت من تأجير العقارات.
- إذا لم يكن لديك تأمين صحي:
- 1. ستحتاج إلى خطاب من صاحب العمل الخاص بك أو الخاص بالزوج / الزوجة يؤكد أن تغطية التأمين الصحي غير متوفرة.
- 2. إذا قمت برفض التأمين الصحي المقدم من خلال صاحب العمل الخاص بك و / أو صاحب عمل الزوج / الزوجة، فقم بتقديم تكاليف أقساط التأمين.
- إذا كان لديك تأمين صحي:
- 1. إثبات أقساط التأمين التي تقوم بدفعها من أجل تغطية التأمين الصحي.
- يُطلب خطاب قرار بشأن تغطية التأمين الصحي الممولة من القطاع العام.
- يرجى الاتصال بمكتب قسم الخدمات الإنسانية المحلي لطلب المعونة الطبية / حسب الباب 19 و / أو برنامج تخفيض النفقات للمحتاجين طبيًا.

سيقوم Wheaton Franciscan Healthcare بتقديم رد كتابي لمقدم الطلب فور استلام الطلب المكتمل والمعلومات الداعمة. سيتم تطبيق الرد الكتابي على الزيارات التي يكون تاريخ البيان الأول لها قيل عام من تاريخ الموافقة ويمتد لمدة عام بعد هذا التاريخ، لذا من المهم منح اهتمامك الفوري لإكمال هذا الطلب وإرجاعه. في حال تم رفض طلبك لأي سبب من الأسباب، قدم استئنافك خلال أربعة عشر (14) يومًا تقويميًا من تاريخ خطاب الرفض إلى مكتب نائب رئيس دائرة الإيرادات، عنابة: 100% Charity Care and Financial Assistance Appeals Committee Wheaton Franciscan Healthcare Corporate Services Office, 801 S. 60<sup>th</sup> Street, Suite 150, West Allis, WI 53214، مع توضيح سبب وجوب إعادة النظر في الطلب وتقديم أي معلومات إضافية تدعم طلبك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال على: (866) 4687-972

التاريخ: \_\_\_\_\_ رقم (أرقام) الحساب: \_\_\_\_\_

اسم مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ اسم المريض: \_\_\_\_\_  
عنوان مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الشارع: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
رقم هاتف مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
الحالة الاجتماعية:  أعزب  متزوج  أرمل  مطلق  منفصل  
اسم الزوج: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

اسم المعال	تاريخ الميلاد	اسم المعال	تاريخ الميلاد
_____	_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____

### معلومات العمل والتأمين والدخل (يجب إكمال جميع الخانات):

#### مقدم الطلب

هل تعمل في الوقت الحاضر؟  نعم  لا هل قدمت إقرار الضرائب الفيدرالي؟  نعم  لا  
هل أنت من أصحاب العمل الحر؟  نعم  لا هل لديك تأمين صحي؟  نعم  لا  
تاريخ التعيين: \_\_\_\_\_ إجمالي المبلغ المدفوع للتأمين الصحي شهرياً: بالدولار الأمريكي \_\_\_\_\_  
كيف تتقاضى راتبك؟  أسبوعياً  مرة كل أسبوعين  شهرياً أجر بالساعة: \$ \_\_\_\_\_  
كم عدد الساعات التي تعملها خلال كل فترة دفع؟  20  40  60  80  120 أخرى \_\_\_\_\_  
صاحب العمل الحالي أو السابق: المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_  
إجمالي الدخل الشهري: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

#### زوج / زوجة مقدم الطلب

هل تعمل في الوقت الحاضر؟  نعم  لا هل قدمت إقرار الضرائب الفيدرالي؟  نعم  لا  
هل أنت من أصحاب العمل الحر؟  نعم  لا هل لديك تأمين صحي؟  نعم  لا  
تاريخ التعيين: \_\_\_\_\_ إجمالي المبلغ المدفوع للتأمين الصحي شهرياً: بالدولار الأمريكي \_\_\_\_\_  
كيف تتقاضى راتبك؟  أسبوعياً  مرة كل أسبوعين  شهرياً أجر بالساعة: \$ \_\_\_\_\_  
كم عدد الساعات التي تعملها خلال كل فترة دفع؟  20  40  60  80  120 أخرى \_\_\_\_\_  
صاحب العمل الحالي أو السابق: المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_  
إجمالي الدخل الشهري: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

#### مصادر الدخل الأخرى (ضع علامة على النوع وقم بتسجيل المبلغ):

<input type="checkbox"/> نفقة / إعالة الطفل	<input type="checkbox"/> معاش سنوي
<input type="checkbox"/> ضمان اجتماعي	<input type="checkbox"/> تعويض عمال
<input type="checkbox"/> معاش المحاربين القدامى	<input type="checkbox"/> دخل الإيجار
<input type="checkbox"/> تعويض البطالة	<input type="checkbox"/> أخرى (حدد)
<input type="checkbox"/> المنح المدرسية	

أقر أنا أن المعلومات الواردة صحيحة ودقيقة وفقاً لعلمي واعتقادي. أنا أفوض Wheaton Franciscan Healthcare بالكشف عن المعلومات للتحقق من صحة هذا البيان المالي.

توقيع المريض/مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

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