

تتمثل مهمة Hoag، بصفتها مستشفى دينياً وغير ربحي، في تقديم أعلى مستوى من خدمات الرعاية الصحية للمجتمعات التي نخدمها. تعكس سياسات المساعدة المالية لدينا التزامنا تجاه المرضى الذين يلتمسون الرعاية في مستشفياتنا أو مرافقها. يُعدّ توفير فرص تغطية المساعدة المالية مقابل خدمات الرعاية الصحية لمرضاةنا من العناصر الأساسية في تنفيذ مهمتنا.

مرفق مع هذا الخطاب استمارة لتحديد أهلية الاشتراك في Hoag's Financial Assistance Program (برنامج المساعدة المالية). إذا كان وضعك المالي يستوفي معايير الأهلية المنصوص عليها في Hoag Financial Assistance Policy، فقد تتأهل للإعفاء الكلي أو الجزئي من دينك. وللنظر في أهليتك وتحديدتها، نطلب - بجانب هذه الاستمارة - ما يلي:

- ملء الاستمارة المرفقة بالكامل
- يجب عليك توقيع وتاريخ استمارة المساعدة المالية. إذا كان المريض/الضامن و/أو الزوج هو من يقدم المعلومات، فيجب على كليهما توقيع الاستمارة.
- نسخة من آخر اتفاقية إيجار، أو دفعة رهن عقاري، أو شيك إيجار ملغى.
- نسخة من آخر قسيمي راتب (2) أو نموذج W2 لأي أجر حصلت عليه للمساهمة في دخل الأسرة.
- نسخة من أحدث بيانين (2) متتابعين من المصرف (حساب شيكات/توفير مدمج)
  - يرجى التأكد من إدراج جميع الصفحات
- نسخة من بيان إعاقتك، أو بيان دفعة الضمان الاجتماعي، أو إخطار بطالة بالامتيازات المستحقة والتقاعد والمعاش وتأمين المعاش وبيان مصرفي يبين الودائع
- إذا لم يكن لديك مصدر للدخل أو وثائق إثبات الدخل، فيرجى تقديم خطاب موقع يوضح كيفية إعالتك لنفسك ولأسرتك.
- بيان كتابي موقع من أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء يُثبت حالة المسكن والمأكل و/أو الدخل الخاصة بك.
- نسخة من آخر إقرار ضريبي (1040)، تشمل جميع الجداول المعمول بها والمرفقات المرسلة إلى Internal Revenue Service (IRS، دائرة الإيرادات الداخلية).

• إذا لم يتوفر معك آخر إقرار ضريبي (1040)، فسوف نحتاج إلى واحد مما يلي:

- خطاب منح الضمان الاجتماعي
- إثبات عدم تقديم الإقرار من IRS (اتصل على 800-829-1040 للحصول على نسخة)
- خطاب موقع يوضّح سبب عدم تقديمك إقراراً ضريبياً فيدرالياً أو طلبك لتمديد مهلة دفع الضرائب.
- أرفق صفحة إضافية إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية للإجابة عن أي أسئلة

ندرك أن دخلك من سجلات الضرائب السابقة قد لا يعكس ظروفك الحالية بشكل ملائم. إذا كان الأمر كذلك، فيرجى إرفاق ملاحظة موجزة تصف وضعك المالي الحالي.

من المهم أن تكمل استمارة المساعدة المالية وترسلها بعد إكمالها إلى جانب جميع الوثائق المطلوبة خلال خمسة عشر (15) يومًا. يرجى إرسال استمارة المساعدة المالية إلى:

• الفاكس الآمن: 7031-764-949

• البريد: Patient Financial Services  
500 Superior Ave, Suite 250  
Newport Beach, CA 92663-3657

بمجرد مراجعة استمارة طلبك، سنخطر بقرارنا خطياً خلال 30 يومًا من استلام الطلب. إذا كنت ترغب في مناقشة حسابك أو كانت لديك أي أسئلة، فيرجى التواصل معنا على 8400-764-949. نحن نعمل من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحًا إلى 4:30 عصرًا.

### استمارة طلب المساعدة المالية

الاسم	تاريخ الميلاد	الزوج/ الزوجة	تاريخ الميلاد
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
المدة المنقضية في العنوان الحالي	المقاطعة	الحالة الاجتماعية	مطلق (ة) / إيجار / ملك / أعوام / أشهر
رقم الهاتف الخليوي	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخليوي للزوج/ الزوجة	رقم هاتف العمل للزوج/ الزوجة
يرجى إدراج جميع الأشخاص الذين يعيشون في منزلك؛ بما في ذلك المعالون (مرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر)	الاسم الأول	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب
1			
2			
3			
4			
أنا	الزوج/ الزوجة		
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الضمان الاجتماعي	موظف في	موظف في
عنوان العمل	عنوان العمل	الوظيفة	الوظيفة
مدة التوظيف: أعوام / أشهر / ساعة عمل في الأسبوع	مدة التوظيف: أعوام / أشهر / ساعة عمل في الأسبوع		

الدخل: يمثل مجموع الإيصالات النقدية من جميع المصادر قبل اقتطاع الضرائب.

دخل الزوج/الزوجة الشهري الإجمالي

دخلي الشهري الإجمالي

	الدخل الإجمالي		الدخل الإجمالي
	الضمان الاجتماعي / SSI (دخل) الضمان التكميلي / SSDI (تأمين) الإعاقاة من الضمان الاجتماعي		الضمان الاجتماعي / SSI (دخل) الضمان التكميلي / SSDI (تأمين) الإعاقاة من الضمان الاجتماعي
	المساعدة العامة		المساعدة العامة
	دخل تأجير الأملاك		دخل تأجير الأملاك
	التقاعد/المعاش التقاعدي		التقاعد/المعاش التقاعدي
	تعويضات العمل		تعويضات العمل
	البطالة		البطالة
	إعالة طفل		إعالة طفل
	غير ذلك		غير ذلك
	الإجمالي		الإجمالي

الدخل الإجمالي الشهري المشترك:

	خطة التقاعد	النقدية المتوفرة	شيكات
	الأصل العقاري	حساب ائتماني	المدخرات
	غير ذلك	الاتحاد الائتماني	الأسهم/السندات
التأمين الصحي	التأمين على الحياة	التأمين على السيارات	قسط/إيجار المنزل
المياه والصرف الصحي	الطعام	الهاتف/الهاتف الخليوي	الضريبة على الأملاك
النفقات الطبية	نفقات الرعاية النهارية	قسط السيارة	التأمين على الممتلكات
غير ذلك/حدد:	نفقة إعالة طفل	قسط السيارة	البنزين
	الإجمالي		الكهرباء

(2 من قسائم الراتب لكل صاحب دخل، أو الضمان الاجتماعي (SS)، أو دخل الضمان التكميلي (SSI)، دخل الإعاقة من الضمان الاجتماعي (SSDI)، أو المساعدة العامة، أو دخل الإيجار، أو التقاعد، أو المعاش التقاعدي، أو امتيازات المحاربين القدامى، أو إعانة البطالة، أو تعويضات العمل، أو إعالة طفل، أو النفقة الواجبة، أو غيرها)

إثبات الدخل \_\_\_\_\_

نسخة من آخر إقرار ضريبي (1040)، تشمل جميع الجداول والمرفقات المعمول بها \_\_\_\_\_

نسخة من بيانين مصرفيين (2) (شيكات/ادخار) بجميع صفحاتهما. \_\_\_\_\_

نسخة من آخر اتفاقية إيجار أو دفعة رهن عقاري أو شيك إيجار ملغى. \_\_\_\_\_

بيان كتابي من أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء يُثبِت حالة المسكن والمأكل و/أو الدخل الخاصة بك. \_\_\_\_\_

### تعيين الحقوق

من خلال التوقيع أدناه، أعلن تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات والبيانات الواردة في استمارة طلب المساعدة المالية هذه وجميع الوثائق التي أرسلها صحيحة ودقيقة. وأنت بموجب هذا مخول بتقييم هذه الاستمارة للنظر في المساعدة المالية.

أدرك أن Hoag Hospital قد تطلب معلومات إضافية بشكل معقول وأن التحقق ضروري.

أدرك أن Hoag Hospital ستتعامل مع المعلومات والبيانات التي قدمتها بسرية تامة.

أدرك أن إكمال الاستمارة سيسمح لمستشفى Hoag بالنظر في ظروفي.

أدرك أن Hoag لا تتعهد بضمان منح المساعدة المالية.

أشهد بموجب هذا على صحة المعلومات الواردة أعلاه، وأفوضكم طواعيةً بالحصول على أي معلومات ائتمانية تتعلق بي.

التاريخ

التوقيع

التاريخ

التوقيع