برنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP) / التقديم للمساعدة المالية

اسم المريض (الأخير) (الأول) (الأوسط)	رقم الحساب
العنوان	تاريخ الخدمة _
المدينة والولاية	تاريخ ميلاد المريض
الرمز البريدي رقم الهاتف	رقم الضمان الاجتماعي للمريض

هل لديه تغطية للخدمات من التأمين الصحي؟	☐ نعم	☐ لا
هل كنت تقيم في ولاية أوهايو في وقت الخدمة؟	☐ نعم	☐ لا
هل كان هناك متلقي للمعونة الطبية (Medicaid) في وقت أداء الخدمة في المستشفى؟ إذا كانت الجواب نعم، أدخل رقم الفاتورة الخاص بالمتلقي:	☐ نعم	☐ لا
هل هذه الخدمات نتيجة لحادث سيارة؟	☐ نعم	☐ لا

يرجى تقديم المعلومات التالية بالنسبة لكافة الأشخاص الموجودين في أسرتك الصغيرة، بما في ذلك أنت. لأغراض الرعاية الصحية المرتبطة ببرنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP) يتم تعريف "الأسرة" بأنها المريض، وزوج/زوجة المريض (بغض النظر عما إذا كان يعيش في منزل المريض)، وكافة أبناء المريض تحت سن 18 (الطبيعي أو بالتبني) والذي يقيم مع المريض.

اسم أفراد الأسرة	العمر	العلاقة بالمريض	قائمة بأصحاب العمل أو اسم مصدر الدخل	تاريخ بدء العمل بالنسبة لكافة مصادر الدخل	الدخل لمدة 3 أشهر	الدخل لمدة 12 شهر
(المريض)		نفسه				
المجموع:						

أرفق التحقق من الدخل مع هذا الطلب. التحقق من الدخل يتضمن مفردات المرتب أو أي من المستندات الأخرى التي تحتوي على معلومات عن الفترة المناسبة للدخل (3 إلى 12 شهراً قبل الحصول على الخدمة أو تتضمن 3 إلى 12 شهراً من الدخل الحالي):

*إذا ما أبلغت أن دخلك 0.00 دولار أمريكي، يرجى تقديم تفسير عن كيفية إعالتك.

*إذا لم تعد تعمل، يرجى تقديم آخر تاريخ عملت به.

قيمة الأصول

المنزل: ☐ ملك ☐ إيجار المدفوعات الشهرية: (بالدولار الأمريكي) _____

رصيد الحساب الجاري:	بالدولار الأمريكي _____	رصيد حساب التوفير:	بالدولار الأمريكي _____
إجمالي الاستثمارات:	بالدولار الأمريكي _____	وصف الاستثمارات:	_____
قيم الأصول الأخرى:	بالدولار الأمريكي _____	بالدولار الأمريكي _____	بالدولار الأمريكي _____
وصف الأصول (سيارة، قارب، الخ.)	_____	_____	_____
مصادر الدخل الأخرى:	بالدولار الأمريكي _____	وصف مصادر الدخل الآخر:	_____

إجمالي النفقات الشهرية (إيجار المنزل، أقساط السيارة، المرافق، الطعام، الخ...) بالدولار الأمريكي: _____

يرجى إرسال الطلب المستوفى إلى:

OhioHealth CBO Financial Assistance
P.O. Box 7527
أو أرسل الفاكس على: 614-566-6080
أو بريد الكتروني على: customercenter@OhioHealth.com

للحصول على المزيد من المساعدة، يمكنك الاتصال على الرقم التالي: 614-566-1505 أو يمكنك زيارة المستشار المالي في مستشفى OhioHealth. دبلين، OH 43016

أشهد على صحة ودقة المعلومات المذكورة أعلاه في حدود معرفتي. بالإضافة إلى ذلك، سوف أتقدم بطلب وسأتخذ كافة الإجراءات اللازمة والمعقولة للحصول على مساعدة (المساعدة الطبية للفقراء (Medicaid)، الرعاية الطبية (Medicare)، التأمين، إلخ) لسداد رسوم المستشفى. المساعدة المالية هي آخر ملجأ بالنسبة لي. أي من المديونيات أو المسددين المحتملين سوف يتم استنفاذهم قبل الحصول على المساعدة.

أفهم أن طلب التقديم (أو النموذج) يُقدم لكي تتحقق المستشفى من استحقاقي للرعاية الصحية المرتبطة ببرنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP) أو المساعدة المالية وفق المعايير المقررة. في حال ثبوت عدم صحة المعلومات التي قدمتها، أفهم أن المستشفى يجوز لها إعادة التحقق من وضعي المالي كما يجوز لها اتخاذ أي من الإجراءات التي تراها مناسبة. أفوض مستشفى OhioHealth في الحصول على المعلومات المالية من أي من المصادر الأخرى مثل تقرير الائتمان أو البحث عن الممتلكات و/أو المعلومات من وكالات التحصيل إذا لزم الأمر.

توقيع مقدّم الطلب: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص الذي أجرى المقابلة: _____ التاريخ: _____

OhioHealth