

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

رقم الحساب	(الأول)	اسم المريض (الأخير)
تاريخ الخدمة	(الأوسط)	العنوان
تاريخ ميلاد المريض		المدينة والولاية
رقم الضمان الاجتماعي للمريض		الرمز البريدي
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل لديه تغطية للخدمات من التأمين الصحي؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل كنت تقم في ولاية أو هايو في وقت الخدمة؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل كان هناك متلقي للمعونة الطبية (Medicaid) في وقت أداء الخدمة في المستشفى؟ إذا كانت الجواب نعم، أدخل رقم الفاتورة الخاص بالمتلقي:
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل هذه الخدمات نتيجة لحادث سيارة؟

يرجى تقديم المعلومات التالية بالنسبة لكافة الأشخاص الموجودين في أسرته 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 يقم 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	المسكن: <input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار	المدفوعات الشهرية: (بالدولار الأمريكي)	
رصيد الحساب الجاري:	رصيد حساب التوفير:	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
إجمالي الاستثمارات:	وصف الاستثمارات:	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
قيم الأصول الأخرى:	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
وصف الأصول (سيارة، قارب، الخ):			
مصادر الدخل الأخرى:	وصف مصادر الدخل الأخرى:		
إجمالي النفقات الشهرية (إيجار المنزل، أقساط السيارة، المرافق، الطعام، الخ...) بالدولار الأمريكي:			

يرجى إرسال الطلب المستوفى إلى:

للحصول على المزيد من المساعدة، يمكنك الاتصال على الرقم التالي: 1505-566-614 أو يمكنك زيارة المستشار المالي في مستشفى OhioHealth، دبلين، OH 43260

OhioHealth

L-4312

أو أرسل الفاكس على: 614-566-6080

أو بريد الكتروني على: customercenter@OhioHealth.com

أشهد على صحة ودقة المعلومات المذكورة أعلاه في حدود معرفتي. بالإضافة إلى ذلك، سوف أقدم بطلب وسأخذ كافة الإجراءات اللازمة والمعتولة للحصول على مساعدة (المساعدة الطبية للفقراء (Medicaid)، الرعاية الطبية (Medicare)، التأمين، الخ) لسداد رسوم المستشفى. المساعدة المالية هي آخر ملجا بالنسبة لي. أي من المدينونيات أو المسددين المحتملين سوف يتم استفادهم قبل الحصول على المساعدة.

أفهم أن طلب التقديم (أو النموذج) يُقدم لكي تتحقق المستشفى من استحقاقى 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 وأو المعلومات من وكالات التحصيل إذا لزم الأمر.

توقيع مَقِّم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع الشخص الذي أجرى المقابلة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

