

طلب المريض للحصول على المساعدة المالية / العلاجية

مستشفى كيتيرنج هيلث الرئيسي، ومستشفى كيتيرنج هيلث مياميسبرج، ومستشفى كيتيرنج هيلث داتون، ومستشفى كيتيرنج هيلث واشنطن
تاونشيب، ومستشفى كيتيرنج هيلث جرين ميموريال،
ومركز سوين الطبي، مستشفى كيتيرنج هيلث هاميلتون، مستشفى كيتيرنج هيلث تروي،
ومركز كيتيرنج هيلث الطبي السلووي

القسم 1: معلومات المريض (مطلوبة)

أكمل معلومات المريض المدرجة أدناه.

تاريخ خدمة المستشفى _____

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ رقم الهاتف () _____

هل كنت مستفيدًا نشطًا من برنامج Medicaid وقت تقديمك للخدمة؟ ☐ نعم ☐ لا
(ينطبق على برنامج ضمان الرعاية الصحية في المستشفيات HCAP)

الجزء 2: حجم الأسرة (مطلوب)

اذكر حجم الأسرة وأسماء جميع أفراد الأسرة وتاريخ الميلاد والعمر وصلة القرابة.

حجم الأسرة _____ (بما في ذلك أنت وزوجك/زوجتك وجميع المعالين وأفراد الأسرة الآخرين)

اسم الزوج/الزوجة _____ تاريخ الميلاد _____

قم بتقديم المعلومات التالية لجميع أفراد الأسرة وصلة قرابتهم حيث يحسب برنامج ضمان الرعاية الصحية في المستشفيات بولاية أوهايو وكيترنج هيلث الخيرية حجم الأسرة بطرق مختلفة. (فقط الأقارب المتزوجين أو المولودين طبيعيًا أو المتبنين هم المؤهلون للحصول على مزايا برنامج ضمان الرعاية الصحية الأسري)

الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

طلب المريض للحصول على المساعدة المالية / العلاجية



الجزء 3: دخل الأسرة (مطلوب)				
قم بتوفير الدخل الإجمالي الشهري الخاص بك وزوجك/ زوجتك وكل أفراد الأسرة الآخرين شاملاً 3 أشهر أو 12 شهراً سابقين لتاريخ تلقي خدمة المستشفى. إثباتات الدخل المقبولة: قسيمة شيك أو إقرار ضريبي W2's/1099 أو إفادة الرقم الائتماني/المعاش/المحارب أو وثائق محكمة أو أي نوع آخر من الوثائق التي تثبت الدخل كما تقرر أدناه:				
المريض	الزوج / الزوجة	المعال 18-20 سنة	الوالد أو القائم بالرعاية	دخل الأسرة المعيشية
				دخل العمل
				إجمالي دخل الضمان الاجتماعي
				المعاش/ المعاش التقاعدي
				إعانات المحاربين القدماء
				دخل الإعاقة المؤقت (TDI)
				إعانات البطالة
				النفقة
				إعانة الطفل
				أخرى (يرجى التحديد)
\$	\$	\$	\$	إجمالي الدخل الشهري

1. هل طرأت أي تغيرات على دخلك الشهري خلال آخر 12 شهراً؟ ☐ نعم ☐ لا

2. إجمالي الدخل الكلي للأسرة في آخر 3 أشهر بالدولار _____

3. إجمالي الدخل الكلي للأسرة آخر 12 شهراً بالدولار _____

4. إذا كان الدخل 0\$، قدم شرحاً موجزاً لكيفية توفيرك لحاجاتك الشهرية.

أفوض كيترنج هيلث لتقديم أو مشاركة وثائق معلومات شخصية لشركات تصنيع الأدوية بغرض مساعدتي في الحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات أدويتي، كما أشهد بموجب توقيعني أدناه أن كل ما ذكرته في هذا الطلب صحيح ودقيق إلى حد علمي. واعتقادي.

أفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق من جانب كيترنج هيلث. أفهم أنه إذا ثبت أن أيًا من المعلومات التي قدمتها غير صحيح، ستعيد كيترنج هيلث تقييم حالتي من حيث استحقاق المساعدة المالية مع اتخاذ الإجراء المناسب. أنا أعي أن كيترنج هيلث يمكنها طلب إثبات إضافي للدخل، وأن عدم تقديم الوثائق المطلوبة سيؤدي لرفض طلبي.

توقيع مقدم الطلب/الوصي القانوني _____ التاريخ _____

إذا وقع شخص آخر غير المريض، اذكر الاسم الكامل وسبب عدم مقدرة المريض على التوقيع.

يُرجى إعادة توجيه الطلب وكل الوثائق الملائمة إلى: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193**، أو البريد الإلكتروني: **FinancialCounselors@ketteringhealth.org** أو الفاكس **(937) 522-9944**. لمزيد من الاستفسارات، يُرجى الاتصال على الهاتف رقم: **(937) 914-7680**.