

إرشادات تقديم الطلب

إن مركز مانهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة لديه برنامج مساعدة مالية للمرضى القاقين بشأن قدرتهم على دفع قيمة رعايتهم الصحية، وتتوقف الأهلية للاستفادة من البرنامج على دخل أسرتك والأصول المتوفرة لديك واحتياجاتك، كما تتوفر المساعدة المالية للأشخاص الذين تصل دخول أسرهم إلى أقل من تلك الموضحة أدناه:

حجم الأسرة	الدخل السنوي للأسرة
1	حتى 84,420 دولارًا أمريكيًا
2	حتى 113,680 دولارًا أمريكيًا
3	حتى 142,940 دولارًا أمريكيًا
4	حتى 172,200 دولارًا أمريكيًا
5	حتى 201,460 دولارًا أمريكيًا
6	حتى 230,720 دولارًا أمريكيًا

يحتاج طلب المساعدة المالية أيضًا إلى المعلومات التالية والتي قد يستخدمها المركز للتحقق من دخل أسرة مقدم الطلب. لا يتعين على مقدمي الطلبات استيفاء جميع البنود الواردة أدناه إذا لم تكن هناك معلومات متاحة بشأنها:

- كعوب الرواتب على مدى الأشهر الثلاثة (3) الأخيرة
- التحقق الشفوي أو الكتابي من الدخل من وكالات المساعدة العامة
- معلومات ورصيد حساب الإنفاق المرن أو حساب توفير الرعاية الصحية
- نموذج الموافقة على تعويض البطالة أو رفضه
- بيانات الحساب المصرفي أو البيانات الاستثمارية
- بيان مزايا دخل الضمان التكميلي أو قرار المزايا
- الإقرار الذاتي

عند تعبئة طلب الحصول على مساعدة مالية، يُرجى الانتباه إلى ما يلي:

- يُرجى العلم بأنه إذا كنت قد حصلت على موافقة المساعدة المالية من مستشفى الجراحة الخاصة، فإن مركز مانهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة سوف يُطبق القرار ذاته على مرضى المركز.
- يُمكن تقديم طلب الحصول على المساعدة المالية في أي وقت. يُمكن للشخص تقديم طلب قبل وأثناء وبعد تلقي الخدمات، بما في ذلك بعد بدء جهة التحصيل في اتخاذ إجراء ضد الشخص.
- يستطيع الشخص أو ولي أمره القانوني تعبئة الاستمارة. إذا كانت لديك أية أسئلة بخصوص تعبئة طلب المساعدة المالية، يُرجى الاتصال بطاقتك سياسة المساعدة المالية بالمركز على الرقم 1505-606 (212).
- تشمل المساعدة المالية جميع الخدمات التي يُقدمها مركز مانهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة ومقدمو الرعاية المشمولون تحت مظلته. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات على موقعنا الإلكتروني: <https://www.hss.edu/asc>
- بمجرد أن يصلنا طلبك المستوفى بالكامل، يُمكنك تجاهل أي فواتير أو بيانات حتى تتسلم إخطارًا خطيًا بخصوص طلب المساعدة المالية.
- لا تُعتبر خدمات التجميل والخدمات التجريبية وغير الضرورية من الناحية الطبية ضمن الخدمات الضرورية طبيًا بموجب هذه السياسة، كما أن تكاليف السفر ليست مشمولة في المساعدة المالية.

يُرجى إرسال الطلب المستوفى والوثائق المطلوبة إلى: مستشفى الجراحة الخاصة

HSS ASC of Manhattan/Financial Assistance Department (ERP Plaza Level)
535 East 70th Street
New York, NY 10021

نموذج طلب المساعدة المالية

رقم HSS: _____

اسم المريض: _____

الاسم الأوسط

الاسم الأول

اسم العائلة

العنوان: _____

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

رقم الشقة

الشارع

الحالة الاجتماعية: _____

تاريخ الميلاد: _____/_____/_____

رقم أفضل جهة اتصال: _____ رقم جهة اتصال بديلة: _____ البريد الإلكتروني: _____

جهة الاتصال: _____ العلاقة بالمريض: _____ رقم الاتصال: _____

خطة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____ رقم هاتف التأمين: _____

الخدمة العيادية المطلوبة: _____

قائمة بأسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون في البيت والذين تعولهم قانوناً:
(بحسب المعالين المذكورين في بيان ضريبة الدخل)

الاسم بالكامل	السن	صلة القرابة	غير ذلك
_____	_____	أب/أم	_____
_____	_____	زوج/زوجة	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

إذا شعرت أنه يُمكن قبورك في برنامج الدخل الخاص، يُرجى التوضيح أدناه:

إجمالي الدخل الشهري:

مصدر الدخل	دخل الأسرة		مصدر الدخل	دخل الأسرة	
	3 أشهر	12 شهراً		3 أشهر	12 شهراً
أجور	دولار أمريكي	دولار أمريكي	أرباح أسهم، فوائد، دخل	دولار أمريكي	دولار أمريكي
سداد الضمان الاجتماعي	دولار أمريكي	دولار أمريكي	تعويض البطالة	دولار أمريكي	دولار أمريكي

أرصدة الحساب الجاري / حساب التوفير _____ دولار أمريكي

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه كاملة وصحيحة. أفهم أن مستشفى الجراحة الخاصة سوف تتحقق من صحة المعلومات التي أقدّمها وأن هذه المعلومات تخضع للمراجعة أيضاً. علاوةً على ذلك، فإنني أتعهد باتخاذ جميع الإجراءات الضرورية لتقديم طلب الحصول على أي مساعدة (ميديكيد، ميديكير، إنشورانس وغيرها) والتي قد تتاح لسداد نفقاتي مستحقة السداد. كما أتعهد باتخاذ أي إجراء ضروري بشكل معقول للحصول على مثل هذه المساعدة وسوف أخصص لمقدم الرعاية الصحية أو أدفع له المبلغ المسترد مقابل التكاليف المستحقة. كما أنني أفهم أنه في حال اتضح أن أي من المعلومات التي قدّمتها ناقصة أو غير صحيحة، فإنه يحق للمستشفى إعادة تقييم حالتني المالية واتخاذ القرار التي تراه مناسباً. في حال تغيّر قدرتي على الدفع تغيّراً كبيراً بعد تاريخ تقديم هذا الطلب، فإنني سوف أخبر المستشفى.

الاسم

التوقيع

التاريخ

العلاقة بالمريض