

إن مركز وست سايد لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة (HSS) لديه برنامج مساعدة مالية للمرضى القلقين 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 87,430 دولارًا أمريكيًا
2	حتى 118,370 دولارًا أمريكيًا
3	حتى 149,310 دولارًا أمريكيًا
4	حتى 180,250 دولارًا أمريكيًا
5	حتى 211,190 دولارًا أمريكيًا
6	حتى 242,130 دولارًا أمريكيًا
7	حتى 273,070 دولارًا أمريكيًا
8	حتى 304,010 دولارًا أمريكيًا

يحتاج طلب المساعدة المالية أيضًا إلى المعلومات التالية والتي قد يستخدمها مركز وست سايد 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:

- 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 بطاقم سياسة المساعدة المالية على الرقم 606-1505 (212).
- تشمل المساعدة المالية جميع الخدمات التي تُقدمها مركز وست سايد لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى HSS ومقدمو الرعاية المشمولون تحت مظلتها. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات على موقعنا الإلكتروني: www.hss.edu/westsideASC
- 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: مركز وست سايد لجراحة اليوم الواحد التابع

لمستشفى HSS

Financial Assistance Department

535 East 70th Street

New York, NY 10021

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 البوليصا: 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	زوج/زوجة	صلة القرابة	صلة القرابة	غير ذلك
(1)			أب/أم	طفل	
(2)					
(3)					
(4)					

هل تبحث عن رعاية غير متوفرة بشكل معقول بالقرب من محل إقامتك؟
هل تبحث عن رعاية متخصصة للغاية غير متوفرة بشكل معقول في مستشفى آخر؟

إجمالي الدخل الشهري:

مصدر الدخل	دخل الأسرة		مصدر الدخل	دخل الأسرة	
	3 أشهر	12 شهراً		3 أشهر	12 شهراً
أجور	دولار أمريكي	دولار أمريكي	رباح أسهم، فوائد، دخل يجاري	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 أقدمها وأن هذه المعلومات تخضع للمراجعة أيضاً. علاوة 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 تغير قدرتي على الدفع تغيراً كبيراً بعد تاريخ تقديم هذا الطلب، فإنني سوف أخبر المستشفى.

الاسم

التوقيع

التاريخ

العلاقة بالمريض