

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

الدخل السنوي للأسرة	حجم الأسرة
\$90,160	1
\$121,940	2
\$153,720	3
\$185,500	4
\$217,280	5
\$249,060	6
\$277,480	7
\$312,620	8

يحتاج طلب المساعدة المالية أيضًا إلى المعلومات التالية والتي قد يستخدمها مركز مناهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة (HSS) 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 الانتباه إلى أنه إذا كنت حاصلًا على موافقة للحصول على مساعدة مالية من مستشفى الجراحة الخاصة (HSS)، فاعلم أن مركز مناهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة (HSS) سيُطبق نفس ما تم تحديده على مرضى مركز مناهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة (HSS)
- 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 برنامج المساعدة المالية (FAP) التابع لمركز مناهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة (HSS) على الرقم 1505-606 (212).
- تشمل المساعدة المالية جميع الخدمات التي يُقدمها مركز مناهاتن لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى HSS ومقدمو الرعاية المشمولون تحت مظلتها. 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:

مركز مناهاتن لجراحة اليوم الواحد /قسم المساعدة المالية

HSS ASC of Manhattan /Financial Assistance Department

535 East 70th Street

New York, NY 10021

نموذج طلب المساعدة المالية

اسم المريض: _____

اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ الاسم الأوسط _____

العنوان: _____

الشارع _____ رقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

تاريخ الميلاد: _____/_____/_____ الحالة الاجتماعية: _____

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 بأنه كان من الواجب إدراجك في برنامج الوصول الخاص، يُرجى منك تقديم شرحاً أدناه:

إجمالي الدخل الشهري:

مصدر الدخل	دخل الأسرة		مصدر الدخل	دخل الأسرة	
	3 أشهر	12 شهراً		3 أشهر	12 شهراً
أجر	دولار أمريكي	دولار أمريكي	ربح ، فوائد ، دخل إيجاري	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 قمتُها ناقصة أو غير صحيحة، فإنه يحق للمستشفى إعادة تقييم حالتي المالية واتخاذ القرار التي تراها مناسباً. في حال تغير قدرتي على الدفع تغيراً كبيراً بعد تاريخ تقديم هذا الطلب، فإنني سوف أخبر المستشفى.

التوقيع

الاسم

التاريخ

العلاقة بالمريض