

إن مركز وست سايد لجراحة اليوم الواحد التابع لمستشفى الجراحة الخاصة (HSS West Side ASC) لديه برنامج مساعدة مالية للمرضى الفلقلين 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
حتى 105.420 دولارًا أمريكيًا	1
حتى 143.080 دولارًا أمريكيًا	2
حتى 180.740 دولارًا أمريكيًا	3
حتى 218.400 دولارًا أمريكيًا	4
حتى 245.980 دولارًا أمريكيًا	5
حتى 293.720 دولارًا أمريكيًا	6
حتى 331.380 دولارًا أمريكيًا	7
حتى 369.040 دولارًا أمريكيًا	8

يحتاج طلب المساعدة المالية أيضًا إلى المعلومات التالية والتي قد يستخدمها مركز HSS West Side ASC 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 1505-606 (212).
- تشمل المساعدة المالية جميع الخدمات التي يُقدمها مركز HSS West Side ASC ومقدمو الرعاية المشمولون تحت مظلته. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات على موقعنا الإلكتروني: www.hss.edu/westsideASC
- بمجرد أن يصلنا طلبك المستوفي 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 المستوفي والوثائق المطلوبة إلى:

مركز HSS West Side ASC
Financial Assistance Department
535 East 70th Street
New York, NY 10021

نموذج طلب المساعدة المالية

رقم HSS: _____

اسم المريض: _____
اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____

العنوان: _____
الشارع _____ الشقة _____ الولاية _____ المدينة _____ الرمز البريدي _____

تاريخ الميلاد: _____ الحالة الاجتماعية: _____

رقم الاتصال المفضل: _____ رقم الاتصال البديل: _____

البريد الإلكتروني: _____

مُستقبل الاتصالات: _____ علاقته بالمريض: _____ رقم الاتصال: _____

الخطة التأمينية: _____ رقم البوليصة: _____ رقم هاتف التأمين: _____

الخدمات السريرية المطلوبة: _____

يُرجى ذكر جميع الأشخاص الذين يعيشون في البيت والذين تعولهم قانوناً: (كما هم مذكورون كمُعاليين في الإقرار الضريبي. بالنسبة إلى العلاقة، اختر واحدة مما يلي: زوج(ة)/شريك(ة) حياة، والد(ة)، ابن(ة) أو غير ذلك. وإذا اخترت "غير ذلك"، أدخل نوع العلاقة.)

1	الاسم بالكامل:	السن:	العلاقة:	غير ذلك:
2	الاسم بالكامل:	السن:	العلاقة:	غير ذلك:
3	الاسم بالكامل:	السن:	العلاقة:	غير ذلك:
4	الاسم بالكامل:	السن:	العلاقة:	غير ذلك:

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

الإجمالي غير الصافي للدخل:

مصدر الدخل	دخل الأسرة 3 أشهر	دخل الأسرة 12 شهراً
الأجور	_____	_____
سداد من الضمان الاجتماعي	_____	_____
أرباح أسهم، فوائد، دخل إيجاري	_____	_____
تعويض بطالة	_____	_____

أرصدة الحساب الجاري/حساب التوفير:

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه كاملة وصحيحة. أفهم أن مستشفى الجراحة الخاصة سوف تتحقق من صحة المعلومات التي أقدمتها وأن هذه المعلومات تخضع للمراجعة. علاوة على ذلك، فإنني أتعهد باتخاذ جميع الإجراءات الضرورية لتقديم طلب الحصول على أي مساعدة (ميديكيد، ميديكير، إنشورانس وغيرها) والتي قد تُتاح لسداد نفقاتي مستحقة السداد. التكاليف المستحقة. 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 حالتي المالية واتخاذ القرار التي تراه مناسباً. في حال تغير قدرتي على الدفع تغيراً كبيراً بعد تاريخ تقديم هذا الطلب، فإنني سوف أخبر المستشفى.

التوقيع: _____ الاسم بخط واضح: _____

العلاقة بالمريض: _____ التاريخ: _____