

اسم مقدم الطلب الأساسي:

التاريخ:

تاريخ المراجعة: مارس 2024

إعادة إلى:

البريد الإلكتروني: FinancialAssistance@IUHealth.org
الهاتف: 1.888.531.3004
الفاكس: 1.812.353.2032

Indiana University Health
1155 W. 3rd St.
Bloomington, IN 47404

حول سياسة المساعدة المالية لـ IU Health

إذا كنت من سكان ولاية إنديانا، كما هو محدد في سياسة المساعدة المالية الصحية لدى IU Health، وتنتلق رعاية مؤهلة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية إذا كان دفع فواتيرك الطبية يمثل عبئاً مالياً وقمت بتقديم طلب لذلك. إذا استوفيت معايير مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) أدناه، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية تصل إلى كامل مبلغ فاتورتك الطبية.

حد الدخل بموجب معايير مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	عدد المعالين في الأسرة	عدد البالغين في الأسرة
200%	0	+1
250%	+1	+2
300%	+1	1

إذا كان دخلك أعلى من هذه المستويات ولكن المبلغ المستحق عليك يزيد عن 5% من دخل أسرتك السنوي، فقد تكون مؤهلاً، إذا تقدمت بطلب، للحصول على خصم لتقليل الرصيد المستحق عليك كمرضى إلى 5% من دخلك السنوي.

لمرجعة سياسة المساعدة المالية IU Health بالكامل، يُرجى زيارة: <https://iuhealth.org/pay-a-bill/financial-assistance>

المستندات المطلوبة

من أجل معالجة طلب المساعدة المالية، يجب إعادة المعلومات المالية التالية مع طلب المساعدة المالية المكتمل والموقع. لضمان معالجة طلبك في الوقت المناسب، يُرجى إعادة الطلب في غضون واحد وعشرين (21) يوماً تقويمياً. يُرجى عدم إرسال المستندات الأصلية.

a. جميع مصادر الدخل للأسرة أو الكفيل للأشهر الثلاثة (3) الأخيرة، بما في ذلك واحد على الأقل مما يلي:

1. أحدث ثلاث (3) كشوف رواتب أو استحقاقات مزايا الضمان الاجتماعي؛
2. أحدث الإقرارات الضريبية الحكومية والفيدرالية، كاملة مع جميع الجداول؛ أو
3. أحدث بيان W-2.

b. أحدث ثلاثة (3) بيانات من الحسابات الجارية وحسابات التوفير وشهادات الإيداع والأسهم والسندات وحسابات سوق المال.

c. في حال كان دخل المريض أو الضامن لا يستلزم تقديم إقرار ضريبي فدرالي، يجوز للفرد تقديم شهادة خطية تثبت ما ورد أعلاه.

بالإضافة إلى ذلك، يجب على المتقدمين إظهار إثبات الإقامة في إنديانا وعنوانهم الأساسي، والذي قد لا يكون صندوق بريد، من خلال تقديم وثيقتين (2) مؤهلتين. قد تتضمن المستندات المؤهلة ما يلي:

1. شركة خدمات، أو بطاقة انتمان أو فواتير أخرى:

a. تصدر في غضون سنتين (60) يوماً من تاريخ تقديم الطلب؛ و

b. تحتوي على اسم مقدم الطلب وعنوان الإقامة.

2. عقد رهن سكني أو عقد القرض المماثل، أو عقد الإيجار أو التأجير، الذي يحتوي على:

a. اسم مقدم الطلب وعنوان الإقامة؛ و

b. توقيعات من الأطراف اللازمة لتنفيذ الاتفاقية.

3. تأكيد تغيير العنوان عبر خدمة البريد الأمريكي (نموذج CNL107) الذي يحتوي على العناوين القديمة والجديدة لمقدم الطلب.

4. بطاقة تسجيل الناخب في إنديانا.

5. مسح لعقار المتقدم في ولاية إنديانا، أعدّه مساح مرخص، ويتضمن اسم المتقدم وعنوان إقامته.

اسم مقدم الطلب الأساسي: _____

التاريخ: _____

تاريخ المراجعة: مارس 2024

نموذج الطلب

عنوان الشارع: _____

المدينة: _____

الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف الأساسي: _____

البريد الإلكتروني الأساسي: _____

هل تقدم أي شخص في أسرتك بطلب للحصول على مساعدة مالية أو تمت الموافقة عليها في IU Health خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟ _____

أفراد الأسرة

يُرجى تقديم الاسم الكامل وتاريخ الميلاد لجميع الأفراد. يُرجى إكمال كل مربع لكل فرد من أفراد الأسرة.

الاسم الكامل - الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الحالة الاجتماعية	حالة الإيداع الضريبي	التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية
				<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل مشترك <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة <input type="checkbox"/> أرملة مؤهلة <input type="checkbox"/> لا يُقدّم إقرارات ضريبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل مشترك <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة <input type="checkbox"/> أرملة مؤهلة <input type="checkbox"/> لا يُقدّم إقرارات ضريبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل مشترك <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة <input type="checkbox"/> أرملة مؤهلة <input type="checkbox"/> لا يُقدّم إقرارات ضريبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل مشترك <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة <input type="checkbox"/> أرملة مؤهلة <input type="checkbox"/> لا يُقدّم إقرارات ضريبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل مشترك <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة <input type="checkbox"/> أرملة مؤهلة <input type="checkbox"/> لا يُقدّم إقرارات ضريبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل مشترك <input type="checkbox"/> متزوج، تم تقديمه بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة <input type="checkbox"/> أرملة مؤهلة <input type="checkbox"/> لا يُقدّم إقرارات ضريبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

اسم مقدم الطلب الأساسي: _____

التاريخ: _____

تاريخ المراجعة: مارس 2024

معلومات التأمين

يُرجى الإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك لديكم أيًا من التأمينات التالية:

هل تقدمت الأسرة بطلب للحصول على برنامج Medicaid؟ نعم لا إذا لم يتم التقديم، فيرجى توضيح السبب: _____
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم تاريخ الطلب: _____ حالة الطلب: قيد الانتظار موافقة رفض

هل كان لدى أي فرد من أفراد الأسرة تأمين صحي في وقت تلقيه خدمة (خدمات) المستشفى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ملء ما يلي:

اسم حامل البوليصة	اسم شركة التأمين	تاريخ السريان	رقم البوليصة / رقم بوليصة الجماعة	اسم (أسماء) الأعضاء المشمولين

الحالة الوظيفية/دخل الأسرة

إذا كنت عاطلاً عن العمل وتتلقى إعانات البطالة، فيرجى إدراج هذه المعلومات في قسم "دخل الأسرة الآخر".

أفراد الأسرة	اسم صاحب العمل والعنوان والمسمى الوظيفي أدخل اسم صاحب العمل إن أمكن.	مبلغ الدخل (لكل فترة دفع مذكورة على اليمين)	الفترة اختر واحدة	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء (إن أمكن)
			<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> بالساعة عدد الساعات في الأسبوع		
			<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> بالساعة عدد الساعات في الأسبوع		
			<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> بالساعة عدد الساعات في الأسبوع		
			<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> بالساعة عدد الساعات في الأسبوع		

دخل الأسرة الآخر

يُرجى الإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك يتلقى أيًا من مصادر الدخل التالية:

الموعد	أفراد الأسرة	المبلغ الشهري	الموعد	أفراد الأسرة	المبلغ الشهري
مزايًا وزارة شؤون المحاربين القدامى: نفقة الطفل:			إعانة البطالة:		
معاش التقاعد:			مساعدة الضمان التكميلي (SSI)/ إعانة العجز من الضمان الاجتماعي (SSD/SSDI) غير ذلك:		

ملخص الأسرة

يُرجى تسجيل إجمالي المبالغ المحسوبة في الحقول أعلاه:

إجمالي عدد أفراد الأسرة	إجمالي دخل الأسرة	إجمالي دخل الأسرة الآخر



اسم مقدم الطلب الأساسي: _____

التاريخ: _____

تاريخ المراجعة: مارس 2024

الأصول/الموارد		
يُرجى الإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك لديه أي من الأصول/الموارد التالية:		
القيمة	الموعد	افراد الأسرة
	إجمالي الحساب (الحسابات) الجاري	
	إجمالي حساب (حسابات) التوفير	
	أخرى (شهادات الإيداع والأسهم والسندات وأسواق المال وما إلى ذلك)	
	إجمالي جميع الأصول:	

اسم مقدم الطلب الأساسي: _____

التاريخ: _____

تاريخ المراجعة: مارس 2024

المصاريف

يُرجى الإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك يتحمل أياً من النفقات الشهرية التالية:

المصاريف:	أفراد الأسرة	قيمة النفقات الشهرية:	المصاريف:	أفراد الأسرة	قيمة النفقات الشهرية:
الإيجار/القسط العقاري		المرافق			
الطعام		بطاقات الائتمان			
الدفع (المدفوعات) التلفاتي		تأمين السيارات			
المصاريف الطبية		Retail			
رعاية الأطفال		غير ذلك			
إجمالي جميع المصاريف الشهرية: _____					

التحقق والتفويض

(يتم إكمالها من قبل جميع البالغين في الأسرة)

أشهد بموجب هذا، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن الإجابات التي قدمتها صادقة وصحيحة على حد علمي.

أوافق على إخبار IU Health في غضون عشرة (10) أيام إذا كانت هناك تغييرات في دخلي (أو في دخل الشخص الذي أتصرف نيابة عنه) أو ممتلكاتي أو نفقاتي أو عدد الأشخاص في الأسرة أو تغيير العنوان.

أفهم أنه قد يُطلب مني إثبات بياناتي، وأن بيانات الأهلية الخاصة بي ستخضع للتحقق من خلال الاتصال بصاحب العمل والبنك ومقدمي الائتمان وعمليات البحث عن العقارات، وبموجب هذا أفوض IU Health ومن يعينهم بإجراء التحقق المذكور.

أفهم أن المستشفى ملزم بموجب القانون بالحفاظ على سرية أي معلومات أقدمها.

أوافق على السماح لموظفي ومقاولي IU Health بالاتصال بأي شخص بالغ من الأسرة تم تحديده في هذا الطلب للحصول على جميع المعلومات اللازمة لإكمال هذا الطلب ومعالجته.

أوافق أيضاً على أنه مقابل تلقي خدمات الرعاية الصحية نتيجة لحادث أو إصابة، يجب تعويض المستشفى من عائدات أي دعوى قضائية أو تسوية ناتجة عن مثل هذا الحادث.

أفهم أنه إذا لم أكن مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فيمكنني استئناف هذا القرار كتابياً مع وثائق إضافية. إذا استمر رفض تقديم المساعدة المالية لي، فقد أكون مسؤولاً عن دفع الفاتورة (الفواتير) المستحقة.

التاريخ

خ:

توقيع الشخص البالغ:

الاسم مكتوباً بخط

واضح:

التاريخ:

توقيع الشخص البالغ (إن أمكن):

الاسم مكتوباً بخط واضح:

التاريخ:

توقيع الشخص البالغ (إن أمكن):

الاسم مكتوباً بخط واضح:

التاريخ:

توقيع الشخص البالغ (إن أمكن):

الاسم مكتوباً بخط واضح: