

عزيري المريض،

الطلب المرفق هو طلب للاستفادة من برنامج المشقة الطبية الخاص بمستشفى أنا جاك . يرجى ملء جميع المستندات المطلوبة وإعادتها بكاملها. قد تؤدي الطلبات غير المكتملة إلى رفض المساعدة المالية.

الموعد النهائي لإعادة الطلب هو 240 يوماً من إصدار أول فاتورة للخدمات التي يتم طلب المساعدة المالية عليها.

مستشفى أنا جاك و الشركات التابعة لها مكرسة لتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لديهم احتياجات رعاية صحية والذين لا يملكون تأمين صحي أو لديهم تأمين منخفض أو غير مؤهلين لبرنامج حكومي أو غير قادرين على دفع تكاليف الرعاية الطبية اللازمة بناءً على وضعهم المالي الفردي.

إذا كانت لديك أسئلة ، فيرجى الاتصال بالاستشارة المالية على الرقم المذكور أدناه.

شكراً لكم.

أعد الطلب إلى:

مستشفى أنا جاك  
وحدة الاستشارات المالية  
Highland Avenue 25  
Newburyport, Ma. 01950  
1123/1134-463-978

## طلب المساعدة المالية للمشقة الطبية

يرجى الطباعة

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_ الضمان الاجتماعي # \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد المريض \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الشقة

الشارع

الولاية

المدينة

الرمز البريدي

هل كان لدى المريض تأمين صحي أو مساعدة طبية Medicaid وقت تقديم الخدمة في المستشفى؟ نعم لا  
إذا كانت الإجابة بنعم ، أرفق نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف) واستكمل الآتي:

اسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_ رقم الوثيقة: \_\_\_\_\_

تاريخ السريان: \_\_\_\_\_ رقم هاتف التأمين: \_\_\_\_\_

ملحوظة: قد لا تطبق المساعدة المالية بسبب ضائقة طبية إذا تم إنشاء حساب توفير صحي (HSA) أو حساب تعويض صحي (HRA) أو حساب إنفاق مرن (FSA) أو صندوق مماثل مخصص للنفقات الطبية للأسرة. يستحق الدفع من أي صندوق تم إنشاؤه قبل تقديم المساعدة.

للتقدم بطلب للحصول على مساعدة طبية ، أكمل ما يلي:

ضع قائمة بجميع أفراد الأسرة بما في ذلك المريض والوالدين والأطفال و / أو الأشقاء ، الطبيعيين أو المتبنين ، الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا والذين يعيشون في المنزل.

فرد العائلة	العمر	الصلة مع المريض	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	الدخل الإجمالي الشهري
1.				
2.				
3.				
4.				

بالإضافة إلى طلب المشقة الطبية ، نحتاج أيضًا إلى الوثائق التالية مرفقة بهذا الطلب:

- الإقرارات الضريبية الحكومية أو الفيدرالية الحالية
- النماذج الحالية W2 و / أو النماذج 1099
- أربعة (4) أحدث قوائم الرواتب
- أحدث أربعة كشوف حسابات تدقيق و / أو حساب توفير
- حساب إيداع للصحة
- ترتيبات السداد الصحي
- حسابات النفقات المرنة
- نسخ من جميع الفواتير الطبية

إذا لم تكن متوفرة ، يرجى الاتصال بوحدة الاستشارة المالية على 978-463-1134 / 1123 لمناقشة الوثائق الأخرى التي قد تقدمها.

ضع قائمة بجميع الديون الطبية وقدم نسخًا من الفواتير المتكبدة في الاثني عشر شهرًا السابقة:

المبلغ المستحق	مكان الخدمة	تاريخ الخدمة
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

يُرجى تقديم شرح موجز عن سبب صعوبة دفع هذه الفواتير الطبية:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

بتوقيعي أدناه ، أشهد أن جميع المعلومات المقدمة في الطلب صحيحة وفقاً لمعرفتي ومعلوماتي واعتقادي.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

الصلة مع المريض: \_\_\_\_\_

تاريخ الإكمال: \_\_\_\_\_

يُرجى الانتظار 30 يوماً من تاريخ استلام الطلب المكتمل لتحديد الأهلية.

إذا كنت مؤهلاً ، يتم منح المساعدة المالية لمدة ستة أشهر من تاريخ الموافقة وهي صالحة لجميع الشركات التابعة لـ Beth Israel Lahey Health كما هو موضح في الملحق 5 من سياسات المساعدة المالية الخاصة بها:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-  
Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth  
Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center,  
Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

الموظفين فقط.	
تم استلام الطلب من قبل:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

تاريخ الاستلام:

