



المرضى الذين يحتاجون إلى مساعدة مالية

يشعر مركز Penn State Health (PSH) بالفخر لقيامه بدوره الذي يهدف إلى تقديم خدمة ممتازة إلى جميع المرضى وأسرهم. إذا كانت لديك مخاوف بشأن دفع فاتورتك الطبية، فإن PSH يقدم المساعدة المالية للمرضى المؤهلين غير المؤمن عليهم وممن لديهم تأمين منخفض.

حيث نقدم المساعدة المالية بناءً على الدخل، وعدد أفراد أسرتك والأصول التي تمتلكها في سبيل الحصول على الخدمات الطارئة والضرورية طبيًا. لن يفرض مركز PSH على الأفراد غير المؤمن عليهم المؤهلين لسياسة المساعدة المالية (Financial Assistance Program, FAP) أو غير المؤهلين لها أكثر من المبالغ المفروضة بشكل عام (amounts generally billed, AGB) نظير الحصول على الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية الأخرى اللازمة طبيًا.

كيفية التقدم بطلب:

- أكمل استمارة طلب الحصول على المساعدة المالية (في الجزء الخلفي من هذا الخطاب)، وأرفق المستندات المذكورة أدناه (إذا كان ممكنًا):
- أحدث نماذج الضرائب الصادرة من دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) المقدمة مؤخرًا (1040) وأي ملاحق سارية (مثل الجدول 1، ج، د، هـ، و).
- أحدث كعبي شيكات الأجر (2) (يجب أن يُظهر إجمالي الأرباح التراكمية منذ بداية السنة حتى تاريخه).
- أحدث كشف حساب مصرفي (2) لجميع الحسابات، بما في ذلك جميع الأسهم/الاستثمارات، مع تقديم جميع الصفحات بدون أي تعديل، وذلك لكل من الحسابات الشخصية والتجارية. (الحسابات الجارية، حسابات التوفير، حسابات الادخار الموسمية/المخصصة للأعياد، حسابات الوساطة، حسابات سوق المال، حسابات التقاعد الفردية (IRA)، صناديق الاستثمار المشتركة، شهادات الإيداع (COD)، وما إلى ذلك)
- إقرار دخل الضمان الاجتماعي أو دخل الإعاقة للسنة الحالية
- مستندات إعالة الطفل و/أو النفقة، موضحًا تفاصيل الدخل الممنوح
- إثبات دخل البطالة أو تعويضات العمال
- مستندات دخل التقاعد (المعاش التقاعدي، الأقساط السنوية، حسابات 401k، وما إلى ذلك)
- إذا لم يكن لدى الأسرة دخل، فيجب تقديم خطاب من الشخص (الأشخاص) الذي يساعد في مصاريف المعيشة
- إثبات المساعدة الطبية، إشعار قانون الرعاية الميسرة (ACA)، أو قرار سوق التأمين الصحي
- إثبات الجنسية أو الإقامة الدائمة القانونية (تأشيرة صالحة/البطاقة الخضراء).
- يجب على غير المواطنين تقديم إثبات الإقامة في ولاية بنسلفانيا.
- إثبات جميع مصادر الدخل الأخرى المستلمة خلال السنة الحالية، بما في ذلك تأكيد التوزيع من الملكيات/التركتات أو تسويات الالتزامات. (لن يُنظر في طلب المساعدة المالية حتى التسوية النهائية بشأن الملكية/التركة أو التقاضي)
- أي معلومات أخرى يطلبها مركز PSH لمراجعة طلب المساعدة المالية بشكل ملائم من أجل تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

يُرجى زيارة موقعنا على: <https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> من أجل الوصول إلى سياسة المساعدة المالية والمزيد من طلبات المساعدة المالية. تتم ترجمة المستندات إلى العديد من اللغات، وتتوفر على الموقع الإلكتروني أو يمكنك طلبها شخصيًا. سيتم إخطار كل المتقدمين عن طريق الهاتف أو عن طريق الخطاب عند اتخاذ قرار بشأن التأهيل تجاه المساعدة المالية الخاصة بهم.

يتوفر موظفو الاستشارات المالية عبر الهاتف، من الاثنين إلى الجمعة 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً. وسيتم التعامل مع أسئلتك بمنتهى التهذيب والسرية.

1-800-254-2619 أو 717-531-1740	مركز Penn State Health Milton S. Hershey الطبي ومركز Lancaster Medical Center والمجموعات الطبية المجتمعية
1-800-254-2619 أو 717-981-1311	Hampden Medical Center
1-800-254-2619 أو 717-763-2885	Pennsylvania Psychiatric Institute و Holy Spirit Medical Center
1-800-254-2619 أو 610-378-2277	St. Joseph Medical Center
717-763-2108	Life Lion LLC

شكرًا جزيلًا لكم،

نموذج طلب الحصول على المساعدة المالية

موقع الخدمات:

St. Joseph Medical Center ☐ Community Medical Group ☐ Hershey Medical Center ☐
Hampden Medical Center ☐ Penn State Health Life Lion, LLC ☐ Holy Spirit Hospital ☐
مجموعة لانكستر لجراحة العظام ☐ Pennsylvania Psychiatric Institute ☐ Lancaster Medical Center ☐
(Lancaster Orthopedic Group)

معلومات المريض:

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد أو رقم السجل الطبي: _____
اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد أو رقم السجل الطبي: _____
اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد أو رقم السجل الطبي: _____

معلومات الضامن: (الشخص المسؤول عن سداد هذه الفاتورة)

اسم الضامن: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
هاتف منزل الضامن: _____ رقم الهاتف المحمول: _____
مكان العمل: _____ رقم هاتف عمل الضامن: _____
عدد المعالين الذين تتحمل مسؤوليتهم مالياً (بما في ذلك أنت نفسك): _____

أشهد أنني قرأت هذا الطلب بالكامل، وأن جميع المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة صحيحة وحقيقية وكاملة قدر استطاعتي ومعرفتي واعتقادي.

التاريخ

توقيع (الضامن)

حتى يتم النظر في طلبك المقدم، ينبغي إعادة إرسال الوثائق التالية مع هذا النموذج.

- ☐ أحدث نماذج الضرائب الصادرة من IRS المقدمة مؤخراً (1040) وأي ملاحق سارية (مثل الجدول 1، ج، د، هـ، و)
- ☐ أحدث كعبي شيكات الأجر (2) (يجب أن يُظهر إجمالي الأرباح التراكمية منذ بداية السنة حتى تاريخه).
- ☐ أحدث كشف حساب مصرفي (2) لجميع الحسابات، بما في ذلك جميع الأسهم/الاستثمارات، مع تقديم جميع الصفحات بدون أي تعديل، وذلك لكل من الحسابات الشخصية والتجارية. (الحسابات الجارية، حسابات التوفير، حسابات الادخار الموسمية/المخصصة للأعياد، حسابات الوساطة، حسابات سوق المال، حسابات التقاعد الفردية (IRA)، صناديق الاستثمار المشتركة، شهادات الإيداع (COD)، وما إلى ذلك)
- ☐ إقرار دخل الضمان الاجتماعي أو دخل الإعاقة للسنة الحالية
- ☐ مستندات إعالة الطفل و/أو النفقة، موضحاً تفاصيل الدخل الممنوح
- ☐ إثبات دخل البطالة أو تعويضات العمال
- ☐ مستندات دخل التقاعد (المعاش التقاعدي، الأقساط السنوية، حسابات 401k، وما إلى ذلك)
- ☐ إذا لم يكن لدى الأسرة دخل، فيجب تقديم خطاب من الشخص (الأشخاص) الذي يساعد في مصاريف المعيشة
- ☐ إثبات المساعدة الطبية، إشعار ACA، أو قرار سوق التأمين الصحي
- ☐ إثبات الجنسية أو الإقامة الدائمة القانونية (تأشيرة صالحة/البطاقة الخضراء).
- ☐ يجب على غير المواطنين تقديم إثبات الإقامة في ولاية بنسلفانيا.
- ☐ إثبات جميع مصادر الدخل الأخرى المستلمة خلال السنة الحالية، بما في ذلك تأكيد التوزيع من الملكيات/التركتات أو تسويات الالتزامات.

يُرجى إرسال الطلب المكتمل بالبريد إلى:

Penn State Health Financial Counseling
P. O. Box 853 CA-510
Hershey, PA 17033