

اسم المريض:

رقم الحساب:

شكراً لك لسماحك لـ Community Medical Centers بتقديم احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

مُرفق بهذه الرسالة طلب الحصول على المساعدة المالية لتحديد إمكانية مواجهة صعوبات مالية. إذا كنت مهتماً بالتقديم، فيُرجى إكمال الطلب وإعادته إلينا خلال (15) خمسة عشر يوم عمل. يُرجى إرفاق نسخة من المستندات التالية مع طلبك:

إثبات بالدخل لكل أفراد الأسرة:

1. ثلاثة (3) من أحدث كعوب الراتب، نموذج W-2 أو أحدث إقرار ضريبي تم تقديمه/و
2. إذا كنت تعمل عملاً حرًا، فيُرجى تقديم أحدث الإقرارات الضريبية المُقدّمة (بما في ذلك الجدول ج) أو
3. إذا كنت عاطلاً عن العمل، فيُرجى إرفاق بيان مخصصات تعويض البطالة أو
4. بيان التقاعد / المعاشات (إذا كان ينطبق) أو
5. إذا كنت تتلقى المساعدات العامة، فيُرجى تقديم إثبات على أهليتك / كونك مسجلاً حالياً في أي من البرامج الحكومية التالية: برنامج مدخرات Medicare، وبرنامج Cal WORKS، وبرنامج Cal Fresh (قسائم الطعام)، وبرنامج دخل الضمان التكميلي (SSI) أو برنامج المدفوعات التكميلية (SSP)، أو برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC).

بالنسبة للمرضى الذين لديهم تأمين طبي، **فيجب** عليهم تقديم مستندات تثبت أن 10% من دخل الأسرة تم دفعه بالفعل أو سيتم دفعه للنفقات الطبية على مدار الإثني عشر شهراً الماضياً. ويتم دفع مقدار 10% مقابل جميع الأرصدة الحالية، والفواتير / الإيصالات الطبية، وأقساط الصيدليات والتأمين الطبي.

تلتزم Community Medical Centers بخدمة مجتمعنا. نحن سعداء لأننا تمكنا من مساعدتك في وقت الحاجة.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص هذا الحساب، أو حول المستندات المطلوبة، فيُرجى الاتصال بنا على الرقم 459-3939 (559) أو 800) 773-2223 الخيار رقم 3. لا يمكن معالجة الطلب غير المكتمل.

يُرسَل الطلب والمستندات المكتملة والموقعة بالبريد إلى العنوان أدناه أو عبر الفاكس إلى 8505-230 (559):

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

تاريخ إعادة النموذج بحلول

تاريخ إرسال النموذج / الإرسال عبر البريد

طلب المساعدة المالية من CMC

اسم المريض	رقم حساب المريض
	رقم السجل الطبي

I. المريض / الطرف المسؤول	
اسم العائلة	الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط
عنوان الشارع	رقم الضمان الاجتماعي
	رقم هاتف المنزل
	رقم الهاتف الخليوي
اسم صاحب العمل	هاتف الشركة
	الدخل الشهري الإجمالي بالدولار

II. الزوج / الزوجة أو الشريك	
اسم العائلة	الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط
عنوان الشارع	رقم الضمان الاجتماعي
	رقم هاتف المنزل
	رقم الهاتف الخليوي
اسم صاحب العمل	هاتف الشركة
	الدخل الشهري الإجمالي بالدولار

III. معلومات الأسرة		
يُرجى ذكر الزوج / الزوجة، أو الشريك، والأطفال المعالون تحت سن 21. إذا كان المريض قاصرًا، فيُرجى ذكر الوالدين، أو الأقارب القائمين برعاية الأطفال الفُصر، و(الأشقاء تحت سن 21)		
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة
إجمالي عدد أفراد الأسرة:		

.IV إجمالي الدخل الشهري	
بالدولار	الدخل الشهري للمريض / أو الطرف المسؤول
بالدولار	الدخل الشهري للزوج / الزوج / الزوجة أو (إذا كان ينطبق)
بالدولار	المعاش التقاعدي
بالدولار	النفقة / الإعالة (المدفوعات المستلمة)
بالدولار	البطالة أو تعويضات العمال
بالدولار	الضمان الاجتماعي/الضمان الاجتماعي للإعاقاة
بالدولار	الدخل المتنوع
بالدولار	إذا تم دفع النفقة / مدفوعات الدعم، فاخصم المدفوعات هنا
بالدولار	مجموع إجمالي الدخل الشهري =

.V معلومات متنوعة		
لا	نعم	
		هل يتجاوز عمرك 18 عامًا وأنت مُدرج كمعال في إقرار ضريبة الدخل لو لديك؟
		هل أنت مُسجل في أي من البرامج التالية: برنامج مدخرات Medicare، وبرنامج Cal WORKS، وبرنامج Cal Fresh (قسائم الطعام)، وبرنامج دخل الضمان الاجتماعي (SSI) أو برنامج المدفوعات التكميلية (SSP)، أو برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)؟
		هل لديك تأمينًا صحيًا؟
		هل كانت هذه الزيارة ناجمة عن طرفٍ ثالثٍ، مثل حادث سيارة أو انزلاق أو سقوط؟
		هل تقدمت بطلب للاشتراك في برنامج Medi-Cal أو Medicare؟
		هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية Covered California؟

سيتم رفض الطلبات غير المكتملة أو الاحتياطية

من خلال إكمال هذا البيان المالي، أوكد بموجب هذا أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة، وأوافق على قيام COMMUNITY MEDICAL CENTERS بمزيد من التحقق.

التوقيع: _____

الاسم بأحرف واضحة: _____

التاريخ: _____

العلاقة بالمريض، إذا كان شخصًا آخرًا بخلاف المريض: _____

يُرسل الطلب والمستندات المكتملة بالبريد إلى العنوان أدناه أو عبر الفاكس إلى (559) 230-8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889