



Children's Mercy

طلب المساعدة المالية

بمستشفى Children's Mercy

(صفحة 1 من 5)

8241-072R 06/18 (Translated 3/18)

المتطلبات الأساسية لاستحقاق المساعدة المالية:

1. يجب أن تكون قاطناً في ولاية كانساس أو ولاية ميسوري.
2. يجب أن يكون لديك دخل أسري (يتم تعديله حسب عدد أفراد الأسرة) يقل عن 300% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر أو يساوي هذه القيمة.
3. يجب أن تكون قد استنفدت جميع مصادرك في كل البرامج الأخرى (بما في ذلك برنامج Medicaid).
4. لا يعني إكمال الطلب أنك ستلقى خصماً.

سيجب عليك:

- إكمال هذا الطلب، وإرساله إلى المستشار المالي مرفقاً بالوثائق الأخرى المدرجة في قائمة التحقق بالصفحة 2.
- الانتظار لمدة تصل إلى 3 أسابيع ريثما تتم معالجة طلبك.

لمناقشة ترتيبات السداد، يُرجى الاتصال بالخدمات المالية للمريض على الرقم 816-701-5100 أو الرقم المجاني 866-572-0157

تكملة الرسالة البريدية طلب إلى:	مستشفى Children's Mercy عناية: قسم الاستشارة المالية 2401 Gillham Rd Kansas City, MO 64108
------------------------------------	---

فاكس: (816)302-9907 لإرسال فاكس، يُرجى استخدام هذه الصفحة كصفحة غلاف، واكتب:	الاسم	رقم الهاتف	عدد الصفحات
--	-------	------------	-------------

يجب إرفاق الوثائق التالية عند إرسال الطلب إلينا حتى نقوم بمعالجته:

<input type="checkbox"/> هوية مزودة بصورة للطرف المسؤول (رخصة قيادة أو بطاقة هوية صادرة من الولاية)
<input type="checkbox"/> وثيقة تأكيد للإقامة موثق بها العنوان الحالي (فاتورة حديثة لأحد المرافق، أو بطاقة هوية صادرة من الولاية، أو الإقرارات الضريبية، أو كعوب شيكات)
<input type="checkbox"/> أحدث إقرار لضريبة الدخل
<input type="checkbox"/> نسخة كعوب شيكات سداد آخر ثلاثة أشهر أو بيانات أجور مطبوعة على خطاب خاصة بالشركة وموقعة من قبل صاحب (أصحاب) العمل
<input type="checkbox"/> بالنسبة للأسر التي ليس لديها دخل، يتم إرفاق بيان مؤرخ وموقع حول المسؤول عن توفير الغذاء والمأوى
<input type="checkbox"/> بالنسبة للمواطنين غير الأمريكيين، يتم إرفاق وثائق إثبات الهوية (شهادة ميلاد، وتأشيرة، وبطاقة إقامة دائمة)
<input type="checkbox"/> وثيقة إثبات أي شكل من أشكال الدخل غير الوارد في الإقرارات الضريبية الحالية للدخل

لمزيد من الأسئلة والمعلومات:

- البريد الإلكتروني: admfc@cmh.edu
- اتصل على الرقم: 816-234-3567
- لمزيد من المعلومات على الإنترنت، يُرجى زيارة <http://www.childrensmercy.org/financialcounseling/> أو
- تفضل بزيارة أحد المستشارين الماليين في أحد مواقعنا (الاثنين - الجمعة، 9 صباحاً - 5 مساءً):

مستشفى Children's Mercy بكنساس
5808 W 110th, Overland Park, KS 66211

مستشفى Children's Mercy، حرم أديل هول الجامعي
2401 Gillham Rd, Kansas City, MO 64108

عيادات مستشفى Children's Mercy في بروودواي
3101 Broadway Blvd, Kansas City, MO 64111



Children's Mercy

طلب المساعدة المالية

بمستشفى Children's Mercy

(صفحة 2 من 5)

8241-072R 06/18 (Translated 3/18)

طلب مساعدة ماليةتاريخ اليوم: _____ / _____ / _____
الشهر اليوم العام

الطرف المسؤول:

يُقصد بـ "الطرف المسؤول" المريض أو الوصي القانوني للمريض المسؤول من الناحية المالية عن الخدمات التي يقدمها مستشفى Children's Mercy.

اسم العائلة الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط رقم الضمان التكميلي

العلاقة بالمريض (المرضى) عنوان المنزل المدينة الولاية الرمز البريدي

() ()
الهاتف الرئيسي الهاتف الاحتياطي صاحب العملهل أنت زوج الأم (زوجة الأب)? المهنة سنوات العمل تاريخ الميلاد / /

طرف مسؤول آخر في المنزل (إن وجد)

هل أنت زوج الأم (زوجة الأب)? اسم العائلة الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط رقم الضمان التكميلي

صاحب العمل المهنة سنوات العمل تاريخ الميلاد / /

يُرجى إدراج جميع أفراد الأسرة أدناه (بما في ذلك الطرف المسؤول (الأطراف المسؤولة))

اسم العائلة	الاسم الأول	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة بالمريض (المرضى):	اسم خطة التأمين:	هل أنت مواطن أمريكي؟ نعم/لا
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			



Children's Mercy

طلب المساعدة المالية

بمستشفى Children's Mercy

(صفحة 3 من 5)

8241-072R 06/18 (Translated 3/18)

دخل الأسرة:

يُقصد بـ "دخل الأسرة" دخل الطرف المسؤول وجميع الأفراد القاطنين في المنزل على النحو المذكور في الإقرار الضريبي الفيدرالي الخاص بالطرف المسؤول.

صاحب الدخل	المبلغ الشهري	البند
_____	دولار _____	_____ المرتبات والأجور
_____	دولار _____	_____ تعويض البطالة
_____	دولار _____	_____ تعويض العاملين
_____	دولار _____	_____ دخل الضمان الاجتماعي و/أو الضمان التكميلي
_____	دولار _____	_____ مدفوعات المساعدات الحكومية
_____	دولار _____	_____ مدفوعات المحاربين القدامى أو مخصصات الوفاة.
_____	دولار _____	_____ دخل المعاش أو التقاعد
_____	دولار _____	_____ نفقة أو إعالة طفل
_____	دولار _____	_____ فوائد، أو أرباح، أو إيجارات، أو حقوق امتياز
_____	دولار _____	_____ دخل من العقارات أو الودائع
_____	دولار _____	_____ مساعدة تعليمية
_____	دولار _____	_____ دخل آخر
_____	دولار _____	_____ إجمالي الدخل الشهري:

أصول الأسرة:

تتضمن "أصول الأسرة" المعلومات حول الأموال المتوفرة في الحال للطرف المسؤول وجميع الأفراد القاطنين في المنزل على النحو المذكور في الإقرار الضريبي الفيدرالي الخاص بالطرف المسؤول. ويستثنى من ذلك بعض الأصول مثل أموال التقاعد والأراضي والمباني والمركبات، ولا ينبغي إدراجها أدناه.

الرصيد الحالي	البند
_____ دولار	_____ الحساب الجاري
_____ دولار	_____ حساب الادخار
_____ دولار	_____ الأسهم والسندات
_____ دولار	_____ مدفوعات الدفعة الواحدة
_____ دولار	_____ أصول أخرى
_____ دولار	_____ إجمالي القيمة الحالية:

الاعتبارات الأخرى

هل تقدمت إلى Medicaid؟ نعم/لا تاريخ التقديم: _____ النتيجة: _____

هل تلقيت علاجًا في المستشفى بسبب تعرضك لحادثة (حادثة سيارة، أو حادثة عمل، أو ضحية عمل إجرامي)؟ نعم/لا

نبذة عن الطرف المسؤول، وطلبه ومعلومات إضافية عنه:

يُرجى استخدام هذا القسم لتوضيح أي ظرف يجعل من الشاق على الطرف المسؤول سداد التزاماته المالية. يُرجى أيضًا إضافة أية معلومات أخرى تشعر أنها ستكون ذات فائدة عند مراجعة طلبك الحصول على مساعدة. ويُمكنك إرفاق وثائق إضافية قد تدعم طلبك.

إذا وافقت على هذه المساعدة المالية، فإن مستشفى Children's Mercy يحتفظ بحق إبطال هذ الخصم إذا قامت جهة قائمة بالدفع أو شركة تأمين بالسداد على حسابي (حساباتي) سواء بشكل جزئي أم كامل. أدرك أن مسؤوليتي تقتضي إبلاغ المستشفى، خلال 30 يومًا، عن أي تغيير في دخلي الأسري أو أي عامل آخر قد يؤثر على المساعدة المالية التي أتلقاها من المستشفى. أقر بأن المعلومات المقدمة بهذا الطلب وأي وثائق إثبات مرفقة هي معلومات دقيقة وكاملة قدر استطاعتي. وإذا أدركت المستشفى وجود أي تضليل، فإنني أدرك أنه سيتم إبطال أي خصم تلقيتَه، وسأكون مسؤولاً عن أي مبلغ (مبالغ) متبق. أصرح للمستشفى بالتحقيق في المعلومات عند مراجعة طلبي الحصول على مساعدة مالية، كما أصرح لها بالإفصاح عن أية معلومات ضرورية لتحديد مدى أهليتي.

توقيع ____/____/____

التاريخ

العلاقة بالمريض

المريض/الوالد/الوصي القانوني

توقيع ____/____/____

التاريخ

العلاقة بالمريض

المريض/الوالد/الوصي القانوني

OFFICE USE ONLY

Percent of FPL: _____ Approved/Denied: _____ Date: _____

Financial Counselor: Printed Name: _____ Signature: _____



Children's Mercy

طلب المساعدة المالية

بمستشفى Children's Mercy

(صفحة 5 من 5)

8241-072R 06/18 (Translated 3/18)

بيان عدم التمييز

تلتزم مستشفى Children's Mercy Hospital بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها، فلا تميز في المعاملة على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس. لا تستبعد مستشفى Children's Mercy Hospital الأشخاص ولا تمارس التمييز ضد أحد بسبب اختلاف العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس.

مستشفى Children's Mercy Hospital:

- تقدم مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل معنا، مثل توفير:
 - مترجمي لغة الإشارة المعتمدين
 - المعلومات المكتوبة بتنسيقات أخرى (نسخ مطبوعة ذات حروف كبيرة، وصوتيات، وتنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها، وتنسيقات أخرى)
- توفير خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأولى ليست الإنجليزية، مثل:
 - توفير المترجمين الشفويين المعتمدين
 - المعلومات المكتوبة باللغات الأخرى

إذا أردت الحصول على هذه الخدمات، فيرجى الاتصال بقسم الخدمات اللغوية في مستشفى Children's Mercy Hospital على: 816-234-3474.

إذا أوضحت حاجتك إلى الحصول على خدمات الترجمة الفورية في وقت جدولة المواعيد، فسيتم تنسيق خدمات الترجمة الفورية لك مسبقًا. ومع ذلك، إذا كنت بحاجة إلى خدمات الترجمة الشفوية في وقت آخر، فيرجى الاتصال بمستشفى Children's Mercy Hospital على رقم الهاتف المذكور أعلاه.

إذا كنت تعتقد أن مستشفى Children's Mercy Hospital قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو مارست التمييز ضدك بطريقة أخرى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس، يُمكنك تقديم شكوى إلى:

قسم تأييد المرضى

2401 Gillham Road

MO 64108، Kansas City

هاتف: 816-234-3119

الفاكس: 816-460-1091

البريد الإلكتروني: patientadvocate@cmh.edu

يمكنك تقديم شكوى شخصيًا أو عبر البريد، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم الشكوى، فإن قسم تأييد المريض مستعد لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، بمكتب الحقوق المدنية، أو تقديمها إلكترونيًا من خلال بوابة أو من خلال البريد الإلكتروني/الهاتف على: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مكتب شكاوى الحقوق المدنية المتوفرة على

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-868-1019، (الهاتف النصي لضعاف السمع) 800-537-7697

تتوفر نماذج تقديم الشكاوى على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.