

طلب الحصول على معونة مالية للمرافق في يوتا وأيداهو ونيفادا

يتم إرسال المعلومات إلى:
البريد: الإعانة المالية
27327 PO Box
84127 Salt Lake City, Utah
فكس: 2890-381-385
البريد الإلكتروني: financial.assistance@r1rcm.com

تعليمات لإكمال هذا النموذج:

يُرجى ملء هذا النموذج بالكامل وإعادة جميع المستندات المطلوبة إلى منشأة Intermountain التي تلقيت فيها الرعاية، أو عبر إحدى وسائل الاتصال المذكورة أعلاه لمعالجة طلبك. يمكنك أيضًا التقدم بطلب عبر الإنترنت من خلال MyChart. لن يتم منح المعونة المالية لمن لا يكملون عملية التقديم.

يُرجى تقديم المستندات التالية:

1. طلب الحصول على معونة مالية: تم إكماله وتوقيعه وتاريخه.
2. إثبات دخل الأسرة الحالي الموضح أدناه.

رقم الحساب عدد أفراد الأسرة الحالي هل تعاني من التشرد؟ ما الولاية التي تعيش بها؟
نعم لا

تاريخ رقم الضمان الاجتماعي الاسم الأول والأخير

الحالة الاجتماعية البريد الإلكتروني رقم الهاتف العنوان

المدينة/المقاطعة الولاية الرمز البريدي اسم

جهة العمل هاتف العمل

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ سنوات أشهر

معدل الدفع (تُرجى الإشارة إليه) أسبوعيًا مرة كل أسبوعين مرتين في الشهر شهريًا

منذ متى وأنت تقيم في هذا العنوان؟ سنوات أشهر إذا كنت تقيم فيه منذ أقل من ثلاثة أشهر، فيُرجى إدراج العنوان السابق:

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	من (شهر/سنة)	إلى (شهر/سنة)

تاريخ ميلاد رقم الضمان الاجتماعي اسم الزوج/الزوجة:
للزوج/الزوجة

هاتف المنزل الخاص بالزوج/الزوجة الهاتف الخليوي الخاص بالزوج/الزوجة

اسم جهة عمل الزوج/الزوجة هاتف العمل

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ سنوات أشهر

معدل الدفع (تُرجى الإشارة إليه) أسبوعيًا مرة كل أسبوعين مرتين في الشهر شهريًا

أفراد الأسرة/المعالون الإضافيون. قم بتضمين طفل غير مولود إن أمكن تُرجى إضافة أي معالين إضافيين في نموذج منفصل. (يجب أن ينطبق عدد أفراد الأسرة مع حجم الأسرة الحالي المذكور في السؤال أعلاه)

الاسم الأول والأخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة

الدخل الإجمالي الشهري الحالي للأسرة

النوع	دخل المريض	دخل الزوج/الزوجة	فرد/أفراد آخرين أفراد الأسرة	نوع إثبات الدخل المطلوب
دخل العمل (الإجمالي)	دولار	دولار	دولار	سكسة من كشف الراتب الحديث أو الأخير أو خطاب (خطابات) من جهة العمل (جهات العمل) يوضح إجمالي الدخل للشهر الماضي أو الحالي
دخل العمل الحر (الإجمالي)	دولار	دولار	دولار	كشف بالأرباح والخسائر أو دفاتر الحسابات للشهر السابق أو الحالي. لإقرار الضريبي الحالي إذا كان ذلك ممكناً.
قيمة الدخل من المعاش/التقاعد/الضمان الاجتماعي	دولار	دولار	\$	سكسة من خطاب (خطابات) الموافقة الحالي، ومدفوعات المعاش، والمدفوعات من حسابات التقاعد، وما إلى ذلك عرض الدخل الشهري.
البطالة، ودخل العجز، وما إلى ذلك	دولار	دولار	\$	سكسة من خطاب (خطابات) الموافقة الحالي
غير ذلك (يرجى إدراج المصدر/المصادر):	دولار	دولار	دولار	مثل: الإكراميات والمكافآت والعمولات

أسئلة إضافية: تضمن الإجابة عن هذه الأسئلة عدم تأخير معالجة طلبك للحصول على مزيد من المعلومات.	نعم	لا
هل تتلقى أنت أو أي فرد من أفراد أسرته معونات عامة؟ (مثل قسائم الطعام أو برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) أو وجبات غذاء مجانية أو بأسعار مخفضة)	☐	☐
هل تتلقى حالياً أو تخطط لتلقي الرعاية في مركز إنترماونتن هيلث للسرطان؟	☐	☐
هل لديك أو لدى أي فرد من أفراد أسرته تأمين صحي حالياً؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إدراج اسم شركة التأمين _____	☐
هل تقدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرته الحاليين بطلب للحصول على خدمات برنامج Medicaid أو Medicare أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو خطة رعاية صحة الأطفال الإضافية (CHP+)؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكر تاريخ تقديم الطلب _____	☐
إذا كانت الإجابة نعم وتم الرفض، فيرجى تقديم خطاب الرفض		
هل تتعلق أي من فواتيرك الطبية في مرافقنا بحادث سيارة أو حادث عمل؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكر شركة التأمين _____	☐
هل أنت مسجل في خطة مشاركة التكاليف الطبية أو تقاسم النفقات الصحية؟	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم شرح لكيفية مشاركة التكاليف (EOS) _____	☐
هل توجد أي امرأة حامل في منزلك حالياً؟	☐ من هي المرأة الحامل في أسرتك؟ _____ ما موعد الولادة المتوقع؟ _____	☐

نطلب من المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على معونة مالية البحث عن مصدر تمويل آخر أيضًا. يُرجى تحديد "نعم" أو "لا".

- هل تقوم جهة العمل بتعويضك عن أي خصومات أو تكاليف رعاية صحية؟ ____ نعم ____ لا
- هل تقدمت بطلب للحصول على أي برامج مساعدة من الولاية، مثل ضحايا الجرائم؟ ____ نعم ____ لا

إذا لزم الأمر، فاستخدم المساحة أدناه لمزيد من التوضيح حول سبب طلبك للمعونة المالية. ويجوز لك إرفاق ورقة منفصلة إذا احتجت إلى مساحة أكبر. وقد يُطلب منك تقديم مستندات إثبات إضافية.

أقر بموجب هذا المستند بأن المعلومات الواردة هنا حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأعي أنني إذا قمت بالتضليل أو تقديم معلومات خاطئة للحصول على معونة مالية من Intermountain Health، فسيتم رفض الطلب وقد يؤثر ذلك على أي طلبات مستقبلية للحصول على معونة. أعي أن Intermountain Health تستلزم تقديم إثبات للدخل قبل اتخاذ أي قرار.

توقيع مقدم الطلب _____ التاريخ _____

قائمة التحقق من جميع المعلومات المطلوبة لإكمال عملية تقديم الطلبات:

- ☐ تم إكمال طلب الحصول على معونة مالية وتوقيعه وتأريخه. ☐ إثبات دخل الأسرة.
- ☐



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge.
Please see staff for assistance.

Arabic	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى. مجاناً المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم	العربية
Chinese	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
French	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
German	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
Hindi	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं ननि: शुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के निः शुल्क से नमि।	नहन्दी
Italian	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
Japanese	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
Korean	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
Portuguese	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
Russian	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
Somali	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
Spanish	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
Tagalog	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
Tongan	'Oku mau fakahoko 'a e tokoni 'i he leá mo vahevahe 'o 'ikai ha totongi 'a e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingata 'a 'ia fakaefetu'utaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt



A-AM-8487-0225