

		اسم المريض (اسم العائلة، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
رقم الضمان الاجتماعي		
عنوان المريض	المدينة	الولاية
الرمز البريدي		الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> ارمل <input type="checkbox"/> منطلق
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم الهاتف	اسم الزوج/الزوجة
يعمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يعمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	صاحب العمل الخاص بالمريض
رقم الهاتف	رقم الهاتف	صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة

حسابات أسرتك الأخرى لدى Baylor Scott & White Health ذات الأرصدة غير المدفوعة (يُرجى ذكر اسم المريض وتاريخ ميلاده واسم المنشأة)

****في حالة عدم العمل، يرجى ذكر اسم صاحب العمل السابق ورقم هاتفه****

أ. الدخل: يرجى ذكر دخل كل شخص من الأشخاص التاليين في أسرتك.	
<p>يرجى إكمال هذا القسم إذا كان المريض قاصرًا فقط (إذا لم يكن كذلك فتركه فارغًا)</p> <p>والد المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>	<p>المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>
<p>والدة المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>	<p>الزوج <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>
الدخل الإجمالي للأسرة _____ دولار	الدخل الإجمالي للأسرة _____ دولار

ب. التحقق من الدخل: يرجى تقديم إثبات (أرسل نسخًا من الوثائق فقط وليس المستندات الأصلية) لجميع مصادر دخل الأسرة (الوثائق التي يتم قبولها مدرجة أدناه). ضع علامة على الوثائق المرفقة:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> أوراق الحوالة النقدية الخاصة بالرواتب | <input type="checkbox"/> إثبات من صاحب العمل | <input type="checkbox"/> استفسار الائتمان (يتم إكماله بواسطة BSWH) |
| <input type="checkbox"/> نموذج مصلحة الضرائب W-2 (IRS) | <input type="checkbox"/> إقرار ضريبي | <input type="checkbox"/> المساعدات الحكومية (قسائم الطعام، Medicaid، CDIC، برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)) |
| <input type="checkbox"/> البيانات المصرفية | <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى تحديدها أدناه) | <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي أو تعويضات العاملين أو خطابات قرارات تعويضات البطالة |

إذا كنت غير قادر على تقديم إحدى وثائق إثبات مصادر الدخل المذكورة أعلاه، يرجى توضيح سبب عدم توافر هذه المعلومات:

ج. أفراد الأسرة: يرجى ذكر إجمالي عدد أفراد أسرة المريض.
(ينبغي أن يشمل هذا العدد المريض وزوج/زوجة المريض ومن يعولهم المريض فقط)

د. الأصول والمصادر الأخرى:

- | | | |
|--|--|---|
| هل لديك أي أصول أو موارد أخرى متاحة لك؟
(على سبيل المثال، حسابات ادخار، ودائع، أسهم، سندات، حسابات تقاعد، صناديق أموال مشتركة، وما إلى ذلك) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قيمة المبلغ الحالي المتاح: _____ دولار |
| هل لديك تأمين طبي؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مقدم الخدمة: _____ |
| هل لديك حساب ادخار صحي أو حساب إنفاق مرن؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قيمة المبلغ الحالي المتاح: _____ دولار |

أدرك أن مؤسسة Baylor Scott & White Health (BSWH) قد تتحقق من صحة المعلومات المالية الواردة في طلب الحصول على المساعدات المالية هذا ("الطلب") فيما يخص تقييم مؤسسة BSWH لهذا الطلب، وأصرح، بموجب توقيع على هذه الوثيقة، لصاحب العمل الخاص بي أو أي شخص تم ذكره في هذا الطلب بإثبات أو تقديم تفاصيل إضافية فيما يتعلق بالمعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأصرح أيضًا لمؤسسة BSWH بطلب تقارير من وكالات جمع المعلومات الائتمانية وإدارة الضمان الاجتماعي. أشهد أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي واعتقادي، ومقدمة بحسن نية. أدرك أن تزوير أو تحريف المعلومات المذكورة في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض حصولي على المساعدات المالية.

أدرك كذلك أن بعض الأطباء ومقدمي الخدمات قد لا يكونون موظفين لدى مؤسسة BSWH. أدرك أنني قد أتلقى فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات هؤلاء وأن طلب الحصول على المساعدات المالية هذا لن ينطبق على الحسابات المستحقة تلك.

توقيع المريض أو الطرف المسؤول _____ الاسم بأحرف واضحة _____ التاريخ _____

For Hospital Use Only	
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative _____
	Date _____
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:	

<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program	Program Name _____

عزيزنا المريض/الضامن:

كجزء من التزامنا بخدمة المجتمع، توفر Baylor Scott & White Health مساعدات مالية للأشخاص المستوفين لمتطلبات دخل معينة. سوف يوفر لنا تعاونك المعلومات اللازمة لمعالجة طلبك. ولتحديد إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على المساعدات المالية أم لا، فنحن نطلب التالي:

إثبات الدخل

يلزم تقديم إثبات الدخل بالنسبة للمريض والزوج/الزوجة (إذا انطبق الأمر) أو والد/والدة (والدي) المريض إذا كان المريض قاصراً. يُرجى توفير نسخة من واحد على الأقل من التالي (مدرجة بترتيب الأفضلية): نموذج W-2 الخاص بمصلحة الضرائب الأمريكية (IRS)؛ أو بيان الأجر والضرائب؛ أو أوراق الحوالة النقدية الخاصة بالرواتب؛ أو الإقرار الضريبي الفردي؛ أو إثبات المشاركة في برنامج للمساعدات الحكومية مثل قسائم الطعام، أو CDIC أو Medicaid أو برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)؛ أو خطاب من صاحب العمل يؤكد التوظيف والدخل أو بيان بالمخصصات من الضمان الاجتماعي، أو تعويضات العاملين أو خطابات قرارات تعويضات البطالة أو بيانات مصرفية. إذا كنت غير قادر على تقديم إحدى وثائق إثبات مصادر الدخل المذكورة أعلاه، يرجى توضيح سبب عدم توافر هذه المعلومات في الطلب.

الفواتير الطبية غير المسددة

نسخ من جميع الفواتير الطبية غير المسددة الخاصة بـ Baylor Scott & White. تتضمن الفواتير الطبية المؤهلة للنظر فيها فواتير الأطباء والفواتير المتعلقة بالأشعة والفواتير الأخرى الخاصة بالمنشأة وفواتير أطباء التخدير (الخ). قد يُنظر في الفواتير الطبية الأخرى الخاصة بمقدمي رعاية صحية بخلاف BSWH طالما أنها تتعلق بفترة الرعاية المقدمة في نفس تاريخ (تواريخ) الخدمة.

طلب مكتمل للحصول على المساعدات المالية

يلزم تقديم طلب مكتمل للحصول على المساعدات المالية للنظر في أمر تلقي صاحبه للمساعدات المالية. يُرجى التأكد من أن النموذج مكتمل بالكامل، بما في ذلك "القسم ج: أفراد الأسرة" كما يلي:

- إذا كان المريض قاصراً: قم بذكر المريض ووالدته ووالده والأشخاص المعالين من قبل والدته المريض ووالده.
- إذا كان المريض بالغاً: قم بذكر المريض وزوجته/زوجها (إذا انطبق الأمر) وأي أشخاص يعولهم.

إن هذا هو الإخطار الوحيد الذي سنتلقاه. يجب عليك تقديم المعلومات المحددة أعلاه وإلا فلن نستطيع النظر في أمر حصول حسابك على المساعدات المالية وسيلزم عليك سداد المدفوعات. إذا لم يتم تلقي المعلومات المطلوبة المتعلقة بالمساعدات المالية أو سداد المدفوعات، فسندوم بتقييم تعيين حسابك إلى إحدى وكالات التحصيل، أو إذا كان حسابك معيئاً بالفعل إلى وكالة تحصيل، فسيستمر تعيينه إلى تلك الوكالة. قد يشتمل هذا الأمر على الإبلاغ عن هذا الدين إلى مكاتب الائتمان. سيؤدي اتخاذ إجراء عاجل إلى حماية تصنيفك الائتماني.

لنطرح أي أسئلة، يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 1-800-994-0371، من الإثنين وحتى الجمعة بين الساعة 8:00 صباحاً والساعة 5:00 مساءً.

يُرجى إعادة إرسال طلبك المكتمل للحصول على المساعدات المالية والوثائق الداعمة المطلوبة إلى:

Baylor Scott & White Health
Attn: Financial Assistance
2001 Bryan Street Suite 2600
Dallas, TX 75201

نشكر لك اهتمامك العاجل بهذه المسألة. لا يضمن إرسال الوثائق المذكورة أعلاه الموافقة على توفير المساعدات المالية.

تفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Baylor Scott & White Health
المساعدات المالية