

Application for Shirley Ryan AbilityLab Financial Assistance Program

طلب الحصول على برنامج المساعدات المالية التابع لمستشفى Shirley Ryan AbilityLab

هام : قد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المجانية أو ذات التكلفة المنخفضة. بعد اكمال هذا الطلب وتقديمه الى مستشفى Shirley Ryan AbilityLab يساعد المستشفى في تحديد فيما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على الخدمات المجانية أو المنخفضة التكلفة أو غيرها من البرامج العامة التي يمكن أن تساعدك في دفع تكاليف الرعاية الصحية. لذلك يرجى ملء هذا الطلب وتقديمه الى مستشفى Shirley Ryan AbilityLab.

ان رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب لتكون مؤهلاً للحصول على الرعاية الصحية المجانية أو منخفضة التكلفة للأشخاص الذين ليس لديهم تأمين صحي. مع ذلك، يعتبر رقم الضمان الاجتماعي مطلوباً للحصول على فوائد بعض البرامج العامة، بما في ذلك برنامج (Medicaid) الخاص بتأمين الرعاية الصحية للمرضى. بالرغم من عدم الزامية وجود رقم الضمان الاجتماعي إلا أنه يساعد المستشفى في تحديد فيما اذا كنت مؤهلاً للحصول على اي برنامج اجتماعي.

من اجل الحصول على برنامج الرعاية المجانية أو ذات التكلفة المنخفضة يرجى تعبئة هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى شخصياً أو عبر البريد الإلكتروني، أو عن طريق الفاكس في غضون 60 يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى أو من تاريخ تلقي الرعاية الصحية للمرضى الخارجيين.

ويقر المريض بموجب هذا الطلب بأنه قد بذل جهداً وبكل أمانة لتقديم كافة المعلومات المطلوبة في استمارة الطلب الخاصة بالاعانات المالية لمساعدة المستشفى كي تحدد مدى أهلية المريض للحصول على تلك المساعدات.

إقرار بصحة البيانات

اني اقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وسليمة على حد علمي. وسوف اقدم طلب المساعدة الى أي جهة محلية او فدرالية او على مستوى الولاية التي قد أكون مؤهلاً للحصول فيها على تلك المساعدة من اجل دفع تكاليف المستشفى. وأنا على علم بان المعلومات المقدمة من قبلي ضمن هذا الطلب قد يتم التحقق من صحتها من قبل المستشفى وانا اخول المستشفى ايضاً للاتصال بالاطراف الاخرى من اجل التأكد من دقة المعلومات المذكورة في هذا الطلب. واني ادرك أنه في حالة تقديمي لاي معلومات غير صحيحة عن قصد في هذا الطلب، سوف تسقط أحقيتي في الحصول على المساعدات المالية، وقد تلغى أي مساعدة مالية منحت لي، وسأكون مسؤولاً عن دفع كافة تكاليف المستشفى.

توقيع المريض (صاحب الطلب):

اسم المريض (صاحب الطلب):

التاريخ:

إذا كان لديك اي استفسار حول كيفية تعبئة النموذج يرجى الاتصال بالرقم 238-6039 (312). بعد اكمال الطلب يرجى ارساله:

بالبريد او شخصياً على:

Shirley Ryan AbilityLab
Patient Financial Services Department
Financial Assistance Program
345 E. Erie St.
Chicago, IL 60611

او عبر الفاكس على الرقم ادناه

(312) 238-7569

معلومات المريض الشخصية

اسم المريض: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
تاريخ ميلاد المريض: _____ اسم الكفيل: _____
عنوان المريض: _____ عنوان الكفيل: _____
رقم هاتف المريض: _____ رقم هاتف الكفيل: _____

معلومات اسرة المريض

يرجى تقديم المعلومات الخاصة بجميع اعضاء الاسرة الذين يعيشون في نفس المسكن الذي يعيش فيه المريض (باستثناء المريض والكفيل اللذان سبق وذكرتهما اعلاه):
عدد اعضاء اسرة المريض الذين يعيشون معه في نفس المسكن: _____
عدد اعضاء الاسرة الذين يعيّلهم المريض: _____
اعمار كل واحد من الاشخاص الذين يعيّلهم المريض: _____
ضع دائرة حول الشخص او الاشخاص الذين لديهم وظيفة في الوقت الحالي: المريض شريك او زوجة او زوج المريض
اهل المريض او كفيل المريض (اذا كان المريض تحت سن الرشد)

معلومات التأمين

ضع علامة X عند اي من برامج التأمين التالية التي لديه المريض او يستفاد منها:
_____ تأمين صحي (Health insurance) _____ الرعاية الصحية (Medicare)
_____ الرعاية الصحية الفئة د (Medicare Part D) _____ الرعاية الصحية الاضافية (Medicare Supplement)
_____ التأمين الصحي (Medicaid) _____ مستحقات المحاربين (Veterans' benefits) _____ تأمين آخر _____ غير مؤمن

الاوراق الثبوتية للمريض المقيم

من اجل اثبات اقامة المريض في ولاية إلينوي (Illinois) يجب تقديم نسخة من احد المستندات التالية:

- بطاقة الهوية الشخصية أو رخصة القيادة صادرة من ولاية إلينوي وتكونان ساريتا المفعول
- احدث فاتورة خدمات عامة .
- عقد إيجار الشقة.

- بطاقة تسجيل المركبات.
- بطاقة تسجيل الناخبين
- بريد معنون للمريض حيث يكون العنوان داخل ولاية إيلينوي مرسل من قبل جهة حكومية أو غيرها من المصادر الموثوقة.
- اقرار خطي من أحد أفراد أسرة المريض الغير مؤمن عليه الذي يقيم في نفس عنوان المريض على شرط يقدم مستندات لتأكيد صحة الإقامة.
- تأييد من ملجأ للمشردين، أو المساكن المؤقتة، أو مرفق أخرى مماثل تؤكد إقامة المريض فيها.
- أحدث نسخة من بيان الضرائب للمريض.
- أحدث نسخة من بيان ظريبة W-2 للمريض أو أي بيان 1099 اخر ذات العلاقة.
- أحدث ايصالين من الراتب الاسبوعي، حيث تكونان مرسلتان الى عنوان منزل المريض.

معايير الأهلية الافتراضية: إن المعلومات التي تقدمها في هذه الصفحة تساعد معهد شيكاغو لاعادة التأهيل في تحديد فما إذا كنت مؤهلاً بشكل إفتراضي للحصول على المساعدة المالية. إذا استكملت الشروط المطلوبة وانطبق عليك أكثر من معيار واحد، فانك تحتاج فقط ان تقدم المستند المؤيد للشرط او المعيار الذي ينطبق عليك.

المعايير او الشروط	ضع دائرة حول الاجابة نعم او كلا	ارفق الوثائق المؤيدة التالية مع الطلب
عضو في برنامج التغذية الخاص بالنساء والرضع والاطفال (WIC)	نعم او كلا	نسخة من اي مستند او كتاب تأييد الذي يؤكد به بأن المريض يستلم تلك المساعدة
عضو في برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)	نعم او كلا	
عضو في برنامج ولاية إيلينوي الخاص بتقديم الغذاء والفطور المجاني	نعم او كلا	
عضو في برنامج الطاقة المنزلية لمساعدة ذوي الدخل المنخفض (LIHEAP)	نعم او كلا	
وصل يؤكد حصول المريض على المساعدة في دفع الخدمات الطبية.	نعم او كلا	
حاصل على برنامج المساعدة الطبية (Medicaid) لكن على ان لا تكون في نفس تاريخ الخدمة ويجب ان تغطي الخدمات المقدمة	نعم او كلا	غير مطلوبة. سوف نقوم بالتحقيق من صحة البيانات للتأكد من ذلك
وفاة بدون تركة	نعم او كلا	نسخة من شهادة وفاة المريض
انعدام الأهلية العقلية مع عدم وجود شخص يقوم بالنيابة عن المريض	نعم او كلا	تأييد من الطبيب او اهل المريض
عضو في برنامج مجتمعي لتقديم المساعدة	نعم او كلا	كتاب تأييد من الجهة المؤسسة للبرنامج تؤكد عضوية المريض
افلاس شخصي	نعم او كلا	مستندات قانونية تؤكد وجود الإفلاس
متشرد او بلا مسكن	نعم او كلا	عنوان المأوى: _____ _____ _____ رقم هاتف المأوى: _____ (____)
مسجون	نعم او كلا	غير مطلوبة. سوف نقوم بالتحقيق من صحة البيانات للتأكد من ذلك

إذا انطبقت على المريض اي من شروط او معايير الأهلية الافتراضية المذكورة اعلاه، فان المريض غير ملزم في ملء الصفحة الرابعة من هذا الطلب.

أكمل هذه الصفحة فقط ان لم يكن المريض مؤهلاً لمعايير الأهلية الافتراضية المذكورة في الصفحة 3 في هذا الطلب.

دخل أسرة المريض ومعلومات الأفراد العاملين

رجاءاً أذكر جميع مصادر الدخل بضمنها وليس اقتصاراً لها، الرواتب أو الضمان الاجتماعي أو التقاعد أو الفوائد أو دخل الإيجار أو مساعدات حماية الطفولة، أو النفقة ومساعدات الحكومة. مصادر الدخل التي يجب ان تكون صادرة من المريض أو من شريك أو زوج أو زوجة المريض (أو الكفيل) أو اهل المريض أو كفيل المريض (إذا كان الكفيل أو المريض تحت سن النضوج). إذا تطلبت الحاجة يمكنك ارفاق اوراق اضافية مع الطلب:

اسم اعضاء الاسرة الذين يعيشون في نفس البيت	مصدر الدخل/ او المساعدات	الدخل الاجمالي الشهري
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

يرجى ارفاق الإقرار الضريبي الفدرالي للسنة الماضية وجميع نماذج W2 الضريبية المؤيدة الخاصة بالمريض والخاصة بالزوجة أو الشريك أو وألدي المريض (إذا كان المريض معال من قبل الآخرين). يرجى ارفاق الاوراق الثبوتية للمدخل المالي لأفراد الاسرة المذكورين اعلاه. يمكن ان يتضمن صكوك الرواتب الاسبوعية أو كتب تأييد استلام المساعدات، رسائل الحصول على الموافقة لتغطية مثل تلك المساعدات، طلبات المحكمة، كشف الضريبة الفدرالي أو مستندات اخرى ذات العلاقة.