

Arabic:

برنامج المساعدة المالية للمرضى ذوي الدخل المنخفض، غير المؤمن عليهم أو المؤمن عليهم بشكل جزئي. الرعاية المجانية أو الرعاية المخفضة الأسئلة الشائعة

كيف يمكنني تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية لفواتير المستشفى؟

يقدم مستشفى سونوما فالي المساعدة المالية، الرعاية المجانية أو الرعاية المخفضة لجميع المرضى يمكنك التحقق مما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية باستخدام الإرشادات الفيدرالية للفقر الأكثر حداثة. الإقامة في ولاية كاليفورنيا هي شرط للحصول على المساعدة المالية، ولن يطلب قسم الخدمات المالية من المرضى إثبات الجنسية أو الإقامة القانونية كدليل على الإقامة في كاليفورنيا.

إذا كان دخل أسرتك أقل من 300٪ من إرشادات دخل الفقر الفيدرالية، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية (سيقوم المستشفى بإلغاء 100٪ من رصيدك). إذا كان دخل أسرتك بين 301٪ و 400٪ من إرشادات دخل الفقر الفيدرالية، فقد تكون مؤهلاً للحصول على خيار الدفع المخفض، مما يترك رصيماً اسمياً كمسؤوليتك. إذا كانت أسرتك تتحمل تكاليف طبية عالية (التكاليف الطبية السنوية تمثل 10٪ من دخل أسرتك)، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أو خيار الدفع المخفض.

كيف يمكنني التقديم للحصول على المساعدة المالية إذا كنت مؤمناً ولكن لدي دخل منخفض؟ سيبدأ مكتب الأعمال عملية تحديد الأهلية بمجرد استلامهم استمارة التقديم المكتملة مع مستندات التحقق من دخل أسرتك. قد يؤدي عدم تقديم استمارة تقديم مكتملة ومستندات دعم دخل الأسرة إلى الرفض.

كيف يمكنني التقديم للحصول على المساعدة المالية إذا كنت غير مؤمن (دفع ذاتي)؟ ستحتاج أولاً إلى الخضوع للفحص لتحديد عند الانتهاء من تحديد الأهلية، سيتم تقديم خطاب Medi-Cal الأهلية المحتملة للمستشفى بواسطة مستشارنا المالي لبرنامج لك للتوقيع. يجب عليك تقديم مستندات دخل الأسرة، مثل الإقرارات الضريبية الأخيرة. إذا كنت لا تقدم ضرائب، يرجى إرفاق رسالة تشرح كيفية دعمك لك ولعائلتك. أكمل استمارة "طلب المساعدة المالية" وأعد جميع المستندات المطلوبة.

الأدلة المقبولة لإثبات الدخل تشمل: جميع النماذج الضريبية المطلوبة • نسخة من أحدث قسائم راتب (آخر شهرين) لكل من أو 1099 الخاصة بالسنة الحالية لكل من مقدم الطلب والشريك • نسخة من W-2 مقدم الطلب والشريك • نسخة من إقرارات الإقرارات الضريبية للسنة الحالية (لكل من مقدم الطلب والشريك) • نسخة من خطاب تخصيص الضمان الاجتماعي الحالي و/أو إثبات الدخل

يرجى إرجاع الاستمارة المكتملة والمستندات الداعمة إلى مستشفى سونوما فالي، إلى: ليزا ستون، قسم المحاسبة للمرضى شارع أندريوكس، سونوما، كاليفورنيا 95476 فاكس: 5319-935-707 هاتف: 347 5325-935-707

كيف سيتم إبلاغي بنتيجة طلب المساعدة المالية؟ بمجرد الانتهاء من مراجعة أهلية طلبك، سنتلقى مكالمة هاتفية من مكتب محاسبة المرضى لإعلامك بالرصيد الجديد.

### استمارة طلب المساعدة المالية

اسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_

الزوج/ة: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة/الولاية/الرمز البريدي

رقم الحساب: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_  
رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_  
رقم الضامن \_\_\_\_\_

عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_ (يشملك أنت وزوجك/زوجتك وأطفالك المعالين)  
يرجى ذكر جميع المعالين (الأطفال) الذين تعولهم في الضرائب

الاسم العمر العلاقة

---

---

---

---

---

---

---

---

إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية، يرجى استخدام الجهة الخلفية من الصفحة

**التوظيف** (إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، قدم اسم العمل)

اسم صاحب العمل: \_\_\_\_\_ الوظيفة \_\_\_\_\_

اسم صاحب العمل للزوج/ة: \_\_\_\_\_ الوظيفة \_\_\_\_\_

**الدخل الشهري الحالي** يجب تقديم إثبات الدخل (إقرار ضريبي، قسائم راتب، إلخ)

1. الأجرور والرواتب الإجمالية قبل الخصومات: \_\_\_\_\_
2. الدخل من العمل التجاري (إذا كنت تعمل لحسابك الخاص): \_\_\_\_\_
3. دخل آخر: \_\_\_\_\_
4. الفوائد والأرباح: \_\_\_\_\_
5. دخل الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_
6. دخل آخر: \_\_\_\_\_

إجمالي الدخل الشهري الحالي: \_\_\_\_\_

بتوقيعي على هذه الاستمارة، أوافق على السماح لمستشفى سونوما فالي بالتحقق من تاريخ عملي والائتماني لغرض تحديد أهليتي للحصول على المساعدة المالية. أفهم أنه قد يُطلب مني تقديم إثبات للمعلومات التي أقدّمها

توقيع المريض أو الضامن التاريخ توقيع الزوج/ة التاريخ