



## نموذج طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية - سري (خاص)

يرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. إذا لم ينطبق، اكتب "غير قابل للتطبيق".

معلومات الفحص			
هل تقدم المريض بطلب للحصول على برنامج Medicaid / Medi-Cal؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل يحصل المريض على خدمات عامة حكومية مثل المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة أو CalFresh أو WIC؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل المريض مشرد حالياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل حاجة المريض للرعاية الطبية مرتبطة بحادث سيارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
يرجى ملاحظة			
<ul style="list-style-type: none"> <li>لا يمكننا أن نضمن أنك سوف تكون قادرًا على الحصول على المساعدة المالية، حتى لو قمت بتقديم الطلب.</li> <li>عند تقديم طلبك، قد نطلب معلومات إضافية أو إثبات الدخل.</li> <li>في غضون 30 يومًا من استلام النماذج والمستندات المستكملة، سنخبرك برسالة حول ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة ومستوى المساعدة.</li> </ul>			
معلومات المريض والمتقدم			
اسم المريض	اسم والد المريض	اسم عائلة المريض	
جنس المريض <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أخرى (اختياري)	تاريخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)	
تاريخ الخدمة	رقم (أرقام) الحساب		
الشخص المطلوب دفع الحساب	تاريخ الولادة	العلاقة مع المريض	رقم (أرقام) الاتصال الرئيسي
عنوان المنزل أو العنوان البريدي	جهة الاتصال المفضلة وسيلة: <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> البريد	عنوان البريد الإلكتروني	
الحالة الوظيفية للشخص المطلوب دفع الحساب <input type="checkbox"/> الموظف (تاريخ التوظيف): _____ <input type="checkbox"/> العاطل عن العمل (إلى متى؟): _____ <input type="checkbox"/> عامل لحسابهم الخاص <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> ذوي الاحتياجات الخاصة <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> أخرى (إذا كانت غير ذلك، يرجى التوضيح): _____			

### معلومات العائلة

قم بإدراج أفراد عائلتك في منزلك، بما فيهم أنت. "العائلة" هي أي شخص يعيش معاً ويرتبط بالولادة أو الزواج أو التبني.

### مجموع إجمالي للعائلة

اسم كل فرد من أفراد العائلة يعيش في المنزل	العمر	المعال للشخص الذي يحتاج إلى دفع الفواتير (دائرة الإجابة الصحيحة)	جمالي الدخل إذا كان عمر أكبر من 18 عام
		نعم لا	
		نعم لا	
		نعم لا	
		نعم لا	
		نعم لا	
		نعم لا	

### الدخل الإجمالي للبالغين في العائلة

إجمالي المعتمدون للشخص (الأشخاص) الذين يحتاجون إلى دفع الفواتير	الدخل الإجمالي للبالغين في العائلة	يجب عليك الكشف عن دخل جميع أفراد العائلة البالغين. تشمل مصادر الدخل ولكن لا تقتصر على الأجور والبطالة والعمل الحر ودعم الأطفال.
	\$	

### الدخل الإجمالي للبالغين في العائلة

تذكر: يجب عليك أن تقدم لنا دليلاً على الدخل مع طلبك.

نطلب إثبات الدخل لتحديد المساعدة المالية.

يجب على جميع أفراد العائلة البالغين من العمر 18 عاماً أو أكثر إخبارنا بدخلهم. إذا لم تتمكن من تقديم إثبات، يمكنك كتابة بيان الدخل والتوقيع عليه وإرساله إلينا.

**تشمل أمثلة إثبات الدخل ولكن لا تقتصر على:**

- بيان احتجاز "W-2"
  - إيصالات الرواتب الحالية (بحد أدنى 3 أشهر)
  - إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت
  - بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم
  - كتاب الموافقة / الرضا للأهلية لبرنامج Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الدولة
  - كتاب موافقة / رفض الأهلية للحصول على مدفوعات البطالة
- إذا لم يكن لديك دليل على الدخل أو لا دخل، فيرجى إرفاق صفحة توضح السبب.

### معلومات المصروفات

نستخدم هذه المعلومات للحصول على فكرة كاملة عن وضعك المالي.

### المصاريف العائلية الشهرية:

الإيجار/الرهن العقاري: \$	المصاريف الطبية: \$
أقساط التأمين: \$	الخدمات: \$
الديون/المصروفات الأخرى: \$	دعم الأطفال، القروض، الأدوية، أخرى)

### معلومات أخرى

يرجى إرفاق ورقة أخرى إذا كان لديك المزيد من المعلومات حول وضعك المالي الحالي والتي تعتقد يجب أن نعرفها. يمكن أن يكون هذا ضماناً مالية، أو الكثير من النفقات الطبية، أو الدخل الموسمي أو المؤقت، أو الخسارة الشخصية.

اتفاقية المريض

أؤكد أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي. أدرك أنه إذا كانت المعلومات المالية التي أقدمها غير دقيقة، فقد لا أتلقى مساعدة مالية. قد أحتاج أيضا إلى الدفع مقابل أي خدمات أتلقاها.

تاريخ

توقيع مقدم الطلب

للاستفسارات، يرجى الاتصال بالرقم (800) 6627-404  
لا يمكن لموظفي مستشفى لوس أنجلوس للأطفال المساعدة في إكمال طلب المساعدة المالية. ولكن يمكنك الحصول على مساعدة في ملء الاستمارة من مركز المستهلكين الصحي في لوس أنجلوس. يمكنك زيارتهم في الموقع Van Buys Boulevard 13327, Pacoima, CA 91331، أو يمكنك الاتصال بهم على (800) 3203-896.

قم بإرجاع الاستمارة المكتملة عبر البريد إلى:

خدمات أعمال المرضى، Mailstop 26

مستشفى لوس أنجلوس للأطفال

Sunset Boulevard 4650

Los Angeles, California 90027

أو

إعادة الطلب المكتمل عن طريق البريد الإلكتروني إلى:

PBSHospitalBillingCustomerService@chla.usc.edu