

عزيزي المريض،

الطلب المرفق هو طلب المساعدة المالية الخاصة بشركة Northeast Hospital Corporation ومستشفى
Winchester ومستشفى Lahey Clinic Inc. يرجى ملء جميع المستندات المطلوبة وإعادتها بكاملها مع الوثائق
المطلوبة. قد تؤدي الطلبات غير المكتملة إلى رفض المساعدة المالية.

الموعد النهائي لإعادة الطلب هو 240 يومًا من إصدار أول فاتورة للخدمات التي يتم طلب المساعدة المالية عليها.

شركة Northeast Hospital Corporation ومستشفى Winchester ومستشفى Lahey Clinic Inc والشركات
التابعة لها مكرسة لتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لديهم احتياجات رعاية صحية والذين لا يملكون تأمين صحي أو لديهم
تأمين منخفض أو غير مؤهلين لبرنامج حكومي أو غير قادرين على دفع تكاليف الرعاية الطبية اللازمة بناءً على وضعهم
المالي الفردي.

إذا كانت لديك أسئلة ، فيرجى الاتصال بالاستشارة المالية على الرقم المذكور أدناه.

شكرا لكم.

أعد الطلب إلى:

قسم الاستشارات المالية
Lahey Hospital & Medical center
Mall Road 41
Burlington MA 01803
8815-744-781

طلب المساعدة المالية للرعاية الخيرية

يرجى الطباعة

تاريخ اليوم: _____ الضمان الاجتماعي # _____

رقم السجل الطبي: _____

اسم المريض: _____

العنوان: _____

رقم الشقة

الشارع

الولاية

المدينة

الرمز البريدي

تاريخ خدمات المستشفى: _____ تاريخ ميلاد المريض _____

هل كان لدى المريض تأمين صحي أو مساعدة طبية Medicaid ** وقت تقديم الخدمة في المستشفى؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، أرفق نسخة من بطاقة التأمين (من الأمام والخلف) واستكمل الآتي:

اسم شركة التأمين: _____ رقم الوثيقة: _____

تاريخ السريان: _____ رقم هاتف التأمين: _____

** قبل التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية ، يجب أن تكون قد تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية Medicaid في الأشهر الستة الماضية وستحتاج إلى إظهار دليل على الرفض.

ملحوظة: قد لا تطبق المساعدة المالية إذا تم إنشاء حساب توفير صحي (HSA) أو حساب تعويض صحي (HRA) أو حساب إنفاق مرن (FSA) أو صندوق مماثل مخصص للنفقات الطبية للأسرة. يستحق الدفع من أي صندوق تم إنشاؤه قبل تقديم المساعدة.

لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية أكمل ما يلي:

ضع قائمة بجميع أفراد الأسرة بما في ذلك المريض والوالدين والأطفال و / أو الأشقاء ، الطبيعيين أو المتبنين ، الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا والذين يعيشون في المنزل.

فرد العائلة	العمر	الصلة مع المريض	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	الدخل الإجمالي الشهري
1.				
2.				
3.				
4.				

بالإضافة إلى طلب المساعدة المالية ، نحتاج أيضًا إلى المستندات التالية المرفقة بهذا الطلب:

- الإقرارات الضريبية الحكومية أو الفيدرالية الحالية
- النماذج الحالية W2 و / أو النماذج 1099
- أربعة (4) أحدث قوائم الرواتب
- أحدث أربعة كشوف حسابات تدقيق و / أو حساب توفير
- حسابات التوفير الصحية
- ترتيبات السداد الصحي
- حسابات النفقات المرنة

إذا لم تكن متوفرة ، يرجى الاتصال بوحدة الاستشارة المالية على (781) 5881-744 لمناقشة الوثائق الأخرى التي قد تقدمها.

بتوقيعي أدناه ، أقر بأنني قد قرأت بعناية سياسة المساعدة المالية والطلب وأن كل ما ذكرته أو أي وثائق أرفقتها حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم أنه من غير القانوني تقديم معلومات خاطئة عن عمد للحصول على مساعدة مالية.

توقيع مقدم الطلب: _____

الصلة مع المريض: _____

تاريخ الإكمال: _____

إذا تم استكمال ذلك بأي شكل من الأشكال أو أبلغت عن دخل بقيمة 0.00 دولار في هذا الطلب ، فقم بإكمال بيان الدعم أدناه من قبل الشخص (الأشخاص) الذي يقدم المساعدة لك ولعائلتك.

بيان الدعم

لقد حددت من قبل المريض / الطرف المسؤول على أنني أقدم الدعم المالي. فيما يلي قائمة بالخدمات والدعم التي أقدمها.

أقر بموجب هذا وأتحقق من أن جميع المعلومات المقدمة حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم أن توقيعي لن يجعلني مسؤولاً مالياً عن النفقات الطبية للمريض.

التوقيع: _____ تاريخ الإتمام: _____

يُرجى الانتظار 30 يومًا من تاريخ استلام الطلب المكتمل لتحديد الأهلية.

إذا كنت مؤهلاً ، يتم منحك المساعدة المالية لمدة ستة أشهر من تاريخ الموافقة وهي صالحة لجميع الشركات التابعة لـ Beth Israel Lahey Health كما هو موضح في الملحق 5 من سياسات المساعدة المالية الخاصة بها:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-
Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center,
Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

للموظفين فقط.	
تم استلام الطلب من قبل:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

تاريخ الاستلام:

