

طلب الحصول على مساعدة مالية

إرشادات: يجب إكمال جميع الحقول ما لم يُذكر خلاف ذلك.

رقم السجل الطبي: _____

معلومات المريض

تاريخ الميلاد

اسم العائلة الاسم الأول

عنوان الشارع

رقم الضمان الاجتماعي

المدينة الولاية الرمز البريدي

رقم هاتف بديل

رقم هاتف المنزل

معلومات الضامن

تاريخ الميلاد

اسم العائلة الاسم الأول

مصدر الدخل

رقم الضمان الاجتماعي

دخل الأسرة السنوي لآخر 12 شهرًا

إذا كان الدخل 0 دولار، يرجى اختيار واحد مما يلي

يعيش مع قريب (أقارب)

مُعاق

متقاعد

بلا مأوى

غير موظف

يعيش مع صديق (أصدقاء)

عدد الأطفال تحت سن 21 عامًا في المنزل

عدد الأشخاص في الأسرة

أرصدة الحسابات الجارية / حسابات التوفير

المركبات المملوكة للأسرة بما في ذلك السيارات/القوارب/المركبات

الترفيهية

طلب الحصول على مساعدة مالية

أرصدة شهادات الإيداع / حسابات التقاعد / حسابات الاستثمار

العقارات المملوكة وقيمتها

أصول أخرى

يرجى القراءة قبل التوقيع. أقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي. وسوف أقوم بشكل مستقل أو بمساعدة العاملين في المستشفى بتقديم طلب للحصول على أي مساعدات قد تكون متاحة من خلال المصادر الفيدرالية وحكومات الولايات والحكومات المحلية والقطاع الخاص للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. وإبني أتفهم أنه في حالة عدم تعاوني مع مقدم الخدمة في المستشفى الذي أعالج فيه في تقديم المعلومات المطلوبة، فيجوز رفض طلبي للحصول على مساعدة مالية محتملة. وإبني أمتنع بموجب هذا الإذن أي وكيل معتمد لبرنامج Medicaid، وأخوله صلاحية الإفصاح لمقدم الخدمة في المستشفى الذي أعالج فيه عن كل المعلومات المتعلقة بحالة طلب Medicaid الخاص بي وما إذا لم يكن قد تمت الموافقة على الطلب وسبب الرفض. وسوف أخصص لمقدم الخدمة في المستشفى الذي أعالج فيه جميع الأموال التي حصلت عليها من المصادر المذكورة أعلاه، والتي يتم توفيرها للمساعدة في فاتورة المستشفى هذه. وهذا وإبني بالأصالة عن نفسي، وبالنيابة عن أفراد أسرتي المباشرين، والممثل (الممثلين) المعتمدين، والطبيب (الأطباء)، والمستشار (المستشارين) (بما في ذلك رجال الدين)، والمحامي (المحامين)، أوافق على توكي أقصى درجات السرية في الاحتفاظ بأي مخاطبات كتابية و/أو مناقشات شفوية يبني وبين مقدم الخدمة في المستشفى الذي أعالج فيه فيما يتعلق بالمسائل المتعلقة بالخدمات المقدمة لي من قبل مقدم الخدمة في المستشفى. وإبني أتفهم أن المعلومات التي أقوم بإرسالها تخضع للتحقق من قبل مقدم الخدمة في المستشفى الذي أعالج فيه، بما في ذلك وكالات إعداد التقارير الائتمانية، وتخضع للمراجعة من قبل الوكالات الفيدرالية و/أو الوكالات التابعة للولاية وغيرها حسب الاقتضاء. إبني أصرح لصاحب العمل بأن يقدم لمقدم الخدمة في المستشفى الذي أعالج فيه إثبات الدخل الخاص بي. كما أتفهم أنه إذا ثبت أن أي معلومات قدمتها غير صحيحة، فسوف يقوم مقدم الخدمة في المستشفى بإعادة تقييم وضعي المالي واتخاذ الإجراء المناسب. للتأهل للحصول على المساعدة، قد تكون هناك حاجة إلى وثيقة واحدة على الأقل تثبت دخل الأسرة. يمكن أن تشمل الوثائق الثبوتية في هذا الشأن، على سبيل المثال لا الحصر، الإقرار الضريبي للسنة الأخيرة، ونموذج W-2 حالي، وخطاب دعم موثق من الكاتب العدل، وما إلى ذلك. وقد يتم رفض طلبات الحصول على المساعدة إذا لم يتم تقديم الوثائق الثبوتية. سوف يكون أي رصيد غير مدفوع مؤهلاً لمزيد من إجراءات التحصيل. [مقدمو الطلبات من ولاية فلوريدا: النظام الأساسي لولاية فلوريدا، القسم s.817.50 رقم (1). كل من يحصل، عمدًا وبغضد الاحتيال، أو يحاول أن يحصل على سلع أو منتجات أو بضائع أو خدمات من أي مستشفى في هذه الولاية يكون مذنبًا بارتكاب جنحة من الدرجة الثانية، ويُعاقب على ذلك كما هو منصوص عليه في القسم s.775.082 أو القسم s.775-083].

تاريخ الإكمال

توقيع مقدم الطلب / الضامن

كيفية تقديم طلبك

AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193	البريد
Financialassist@medsrv.co (رسالتان فقط بعد الفترة في عنوان البريد الإلكتروني)	البريد الإلكتروني
https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App	بوابة المرضى
800-462-0490	أي أسئلة؟