

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء MercyOne Genesis

يُرجى ملء استمارة الطلب والتوقيع عليها وإعادتها في غضون 10 أيام مع نسخ مما يلي:

عمليات التحقق المطلوبة

- إثبات الدخل الإجمالي خلال شهر واحد ماضي
- كشوف حسابات بنكية كاملة للشهرين الماضيين لجميع الحسابات المصرفية، مع تضمين جميع الصفحات (شرح للودائع المتكررة)
- الإقرارات الضريبية الحديثة (نموذج 1040 مع الجدول C أو E أو F) أو كشوف الأرباح والخسائر لثلاثة أشهر (للعاملين لحسابهم الخاص / المعيلين)

قدم ما يلي، إن أمكن:

- آخر W2 للدخل الموسمي
- خطاب إعانة بطالة/ رسالة رفض
- دخل إعانة الطفل/ النفقة
- لا يوجد دخل - أكمل جزء خطاب الدعم المالي من الطلب

معلومات المريض

تاريخ الميلاد		اسم المريض [
هاتف آخر	الهاتف المحمول	رقم الضمان الاجتماعي / رقم EIN (اختياري)	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة [C	العنوان البريدي [
ما هي الولاية التي تقيم فيها؟]		عنوان البريد الإلكتروني [
الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أخرى			
هل تقدم إقرارًا ضريبيًا فيدراليًا؟		هل يمكن اعتبارك كتابع في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة بالنفي، لماذا؟			
هل كان لديك أو لدى مُعاليتك تغطية تأمين صحي في وقت الخدمة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قدم نسخة من بطاقة التأمين))			
هل أنت مقيم موثق في الولايات المتحدة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة			
أفراد الأسرة، بما في ذلك أنت نفسك بناءً على إقراراتك الضريبية الأخيرة	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	تمت المطالبة بها في الإقرار الضريبي (نعم/ لا)

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء MercyOne Genesis

التحقق من دخل جميع أفراد الأسرة

مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	من يتلقى هذا؟	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)
أجور		تعويضات العمال			
الضمان الاجتماعي/ الإعاقة		البطال			
المعاش التقاعدي		إعالة الطفل/ نفقة			
التوظيف الذاتي		إيرادات تأجير الأراضي			
المساعدة العامة		أخرى			

خطاب الدعم المالي - يجب أن يستكملة الشخص الذي يقدم الدعم فقط

أنا أقدم أكثر من 50% من الدعم لتغطية نفقات معيشة المريض، لكنني غير قادر على المساعدة في الفواتير الطبية.

بالتوقيع على هذه الرسالة، أؤكد أن البيان أعلاه صحيح وأني لن أكون مسؤولاً بأي حال من الأحوال عن فواتير المريض. إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بي على _____ (رقم الهاتف)

العلاقة بالمريض	اسم الشخص الذي يقدم الدعم
التاريخ	توقيع الشخص الذي يقدم الدعم

التحقق من الدخل وتحديد الهوية

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي. وأفهم أن المعلومات المقدمة تخضع للتحقق. سأكون مسؤولاً عن سداد أي خدمات مقدمة في الشركات التابعة لنظام MercyOne Genesis إذا تم تقديم المعلومات المذكورة أعلاه تحت ذرائع كاذبة.

توقيع المريض

_____ التاريخ _____:

أو توقيع الوصي القانوني (إن وجد)

_____ التاريخ _____:

العلاقة بالمريض:]

_____ التاريخ _____:

يرجى إرسال طلبك بالبريد إلى العنوان أدناه أو إرساله بالفاكس إلى 563-421-3608. إذا كانت لديك أية أسئلة، يُرجى

التواصل معنا على الرقم 563-421-2233

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء MercyOne Genesis

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center,
Patient Financial Services, Suite 2600
1401 West Central Park Avenue
Davenport, IA 52803

إذا تم تلقي خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في ولاية إلينوي ، فيمكن الإبلاغ عن المخاوف أو الشكاوى المتعلقة بعملية طلب المساعدة المالية أو الخصم غير المؤمن عليه إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للمدعي العام في إلينوي 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>