

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

شخصية وسرية

Guarantor Name Smarttext
Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

الضامن: Guarantor smarttext
رقم الحالة: smarttext

المرضى الذين تشملهم الحالة: - smarttext patient name(s)

عزيزي patient name smarttext،

شكراً لك على اختيارك RHM smarttext كمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. يُرجى إكمال الطلب المرفق وإرساله إلى العنوان أدناه لاستكمال تقييم المساعدة المالية الخاصة بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 800-494-5797، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً. التوقيت الشرقي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
بالنيابة عن RHM smarttext
20555 Victor Parkway
Livonia, MI48152

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

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

اسم المريض [تاريخ الميلاد	
رقم الضمان الاجتماعي / رقم EIN (اختياري)		الهاتف المحمول	هاتف آخر
العنوان البريدي [المدينة [C]	الولاية
عنوان البريد الإلكتروني [ما هي الولاية التي تقيم فيها؟]	
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	
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 Trinity Health

التحقق من دخل جميع أفراد الأسرة					
مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري
		تعويضات العمال			أجور
		البطال			الضمان الاجتماعي/ الإعاقة
		إعالة الطفل/ نفقة			المعاش التقاعدي
		إيرادات تأجير الأراضي			التوظيف الذاتي
		أخرى			المساعدة العامة
خطاب الدعم المالي - يجب أن يستكمله الشخص الذي يقدم الدعم فقط					
<input type="checkbox"/> أنا أقدم أكثر من 50% من الدعم لتغطية نفقات معيشة المريض، لكنني غير قادر على المساعدة في الفواتير الطبية.					
<input type="checkbox"/> 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 Trinity Health إذا تم تقديم المعلومات المذكورة أعلاه تحت ذرائع كاذبة.

توقيع المريض

التاريخ

أو توقيع الوصي القانوني (إن وجد)

التاريخ:

العلاقة بالمريض:]

التاريخ:

يُرجى إرسال طلبك بالبريد على العنوان أعلاه، أو إرساله بالفاكس على الرقم 312-871-3350 و/أو تحميل المستندات من خلال MyChart (بوابة المرضى) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 800-494-5797 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحاً حتى 5 مساءً. التوقيت الشرقي.

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>