



شخصية وسرية

عزيزي patient،

شكراً لك على اختيارك Trinity Health Mid-Atlantic 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  
20555 Victor Parkway  
Livonia, MI48152

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

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	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 إقراراً ضريبياً فيدرالياً؟		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			
تمت المطالبة بها في الإقرار الضريبي (نعم/ لا)	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	أفراد الأسرة، بما في ذلك أنت نفسك بناءً على إقرارائك الضريبية الأخيرة

التحقق من دخل جميع أفراد الأسرة					
مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري	مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	مصدر الدخل الشهري
		تعويضات العمال			الضمان الاجتماعي/ الإعاقة
		البطالة			المعاش التقاعدي
		إعالة الطفل/ نفقة الزوجة			التوظيف الذاتي
		إيرادات تأجير الأراضي			المساعدة العامة
					أخرى
<b>خطاب الدعم المالي - يجب أن يستكملة الشخص الذي يقدم الدعم فقط</b>					
<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 وأنني 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.