



طلب الحصول على الدعم المالي للمقيمين في ولاية إلينوي

معلومات يجب أن تعرفها

مهم: يمكن أن تحصل على الرعاية المجانية أو مخفضة الثمن: يساعد إكمال هذا النموذج نظام الصحة والمستشفيات في مقاطعة كوك على تحديد ما إذا كان بإمكانك تلقي الخدمات المجانية أو مخفضة الثمن أو غير ذلك من البرامج العامة التي يمكن أن تساعدك على دفع مقابل الرعاية الصحية الخاصة بك. الرجاء تقديم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم يكن لديك تأمين، لا يلزم وجود رقم ضمان اجتماعي لكي تتأهل للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة. ومع ذلك، يلزم توافر رقم ضمان اجتماعي لبعض البرامج العامة، بما في ذلك Medicaid. ولا يلزم توفير رقم ضمان اجتماعي، إلا أنه سوف يساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من أي برامج عامة أم لا.

الرجاء إكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المستشفى شخصياً أو عبر البريد أو عبر البريد الإلكتروني، أو عبر الفاكس من أجل تقديم طلب للاستفادة من الرعاية المجانية أو المخفضة مع توفير كل وسائل التحقق / الوثائق المطلوبة خلال 90 يوماً بعد تاريخ خروجك من المستشفى أو تلقي الرعاية للمرضى الخارجيين.

OAK FOREST HEALTH CENTER
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE
15900 S. CICERO. BUILDING E
OAK FOREST, IL 60453
رقم الهاتف: (866) 223-2817
رقم الفاكس: (708) 633-3427

JOHN H. STROGER JR. HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE
1901 W. HARRISON AVE., ROOM 1690
CHICAGO, IL 60612
رقم الهاتف: (866) 223-2817
رقم الفاكس: (312) 864-9136

PROVIDENT HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE OFFICE
OLD SEGSTACKE BLDG, 1ST FL
CHICAGO, IL 60615
رقم الهاتف: (866) 223-2817
رقم الفاكس: (312) 572-2375

عنوان البريد الإلكتروني: mycookcountyhealth.com

يقر المريض أنه قام ببذل جهد معقول بحسن نية من أجل توفير كل المعلومات المطلوب في الطلب لمساعدة المستشفى على تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا.

1. معلومات المريض

الاسم _____
الأخير الأول الأوسط

تاريخ الميلاد _____ - _____ - _____
رقم الضمان الاجتماعي (ليس ضرورياً إذا كان المريض غير مؤمن عليه) _____ - _____ - _____

العنوان _____
رقم الشقة _____

المدينة المقاطعة الولاية الرمز البريدي

رقم هاتف المنزل _____ - _____ - _____
رقم هاتف العمل _____ - _____ - _____
رقم الهاتف الخليوي _____ - _____ - _____

عنوان البريد الإلكتروني _____

هل كنت مقيماً في ولاية إلينوي عندما تم تقديم الرعاية؟ _____

هل كنت طرفاً في حادث مزعوم؟ _____

هل كنت ضحية في جريمة مزعومة؟ _____

2. ضامن المريض (إذا كان ذلك يسري، يمكن أن يكون هذا الشخص هو زوج / زوجة المريض أو شريكه / شريكته أو ولي الأمر أو الوصي على الشخص القاصر)

الاسم	الأخير	الأول	الأوسط
العنوان	رقم الشقة		
المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	-	رقم هاتف العمل	-
	-	رقم الهاتف الخليوي	-

3. معلومات العائلة / الأسرة

الرجاء توفير عدد الأشخاص في عائلة / أسرة المريض؟ _____

الرجاء توفير عدد الأشخاص الذين يعولهم المريض؟ _____

الرجاء توفير عمر كل شخص من الأشخاص المعالين في الجدول أدناه:

العمر	الشخص المعال
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.

4. دخل الأسرة ومعلومات التوظيف

هل يعمل المريض أو زوج / زوجة أو شريك / شريكة المريض؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة نعم، فقم بتوفير المعلومات التالية لكل أصحاب العمل:

الهاتف	العنوان (عنوان الإقامة، المدينة، الرمز البريدي للشارع)	اسم صاحب العمل

إذا كان المريض قاصرًا، فهل يعمل أولياء أمور أو الأوصياء على المريض حاليًا؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة نعم، فقم بتوفير المعلومات التالية لكل أصحاب العمل:

الهاتف	العنوان (عنوان الإقامة، المدينة، الرمز البريدي للشارع)	اسم صاحب العمل

إذا كان المريض مطلقاً / مطلقاً أو منفصلاً / منفصلاً أو كان طرفاً في دعوى حل، فهل كان زوج / زوجة أو شريك / شريكة المريض السابق / السابقة مسؤولاً مالياً عن الرعاية الطبية للمريض وفقاً لاتفاقية الانفصال أو الحل؟ نعم _____ لا _____

ما هو إجمالي الدخل الشهري للعائلة (بما في ذلك الحالات التي يكون فيها الزوج / الزوجة أو الشريك / الشريكة ضامناً للمريض أو في الحالات التي يكون ولي الأمر أو الوصي فيها ضامناً لمريض قاصر)؟ \$ _____

مصادر إجمالي الدخل الشهري للعائلة (حدد كل الخيارات السارية):

الأجور _____

العمل الخاص _____

تعويضات البطالة _____

الضمان الاجتماعي _____

إعاقه الضمان الاجتماعي _____

معاش المحاربين القدامى _____

إعاقه معاش المحاربين _____

الإعاقه الخاصة _____

تعويض العمال _____

الإعاقه المؤقتة للعائلات الفقيرة _____

دخل التقاعد _____

دعم الطفل أو النفقة أو غير ذلك من الإعانات الزوجية _____

مصادر الدخل الأخرى _____

5. معلومات التأمين / الامتيازات

هل تستفيد أنت أو زوجك / زوجتك من أي نوع من أنواع التغطية التأمينية الصحية؟ نعم _____ لا _____

إذا أمكن، فقم بتوفير المصدر (حدد كل الخيارات التي تسري):

التأمين الصحي _____

Medicare _____

Medicare الجزء "د" _____

ملحق Medicare _____

Medicaid _____

امتيازات المحاربين القدامى _____

6. النفقات الشهرية

لاحظ أنه إذا كان المريض يفي بمعايير الأهلية الافتراضية، كما هو موضح في هذا الطلب أو إذا كان مؤهلاً افتراضياً بشكل آخر بحكم دخل العائلة، لا يلزم على المريض إكمال هذا الجزء من هذا الطلب الذي يتعامل مع معلومات النفقات الشهرية.

الإجمالي	النفقات الأخرى	النفقات الطبية	القروض	رعاية الأطفال	النقل	الطعام	المرافق	الإسكان
دولار		دولار	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار

اعتماد المريض

أقر أن المعلومات الموجودة في هذا الطلب صحيحة وسليمة حسب علمي. وسوف أقوم بتقديم الطلب للاستفادة من أي دعم من الولاية أو دعم فيدرالي أو محلي يمكن أن أكون مؤهلاً للحصول عليه للمساعدة في دفع أي فواتير للمستشفى. أفهم أن المعلومات التي أقوم بتوفيرها يمكن أن تقوم المستشفى بالتحقق منها، وأمنح المستشفى التصريح للاتصال بالأطراف الأخرى من أجل التحقق من دقة المعلومات التي يتم توفيرها في هذا الطلب. وأنا أفهم أنني إذا قمت بتوفير معلومات غير صحيحة عن علم في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للحصول على الدعم المالي، ويمكن أن يتم إلغاء أي دعم مالي أحصل عليه، وسوف أكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى.

_____ - _____
التاريخ

توقيع المريض أو مقدم الطلب