



| | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale 405 W. Jackson Carbondale, IL 62902 (618) 549-0721 Ext. 64572 Fax: (618) 351-6540 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital 201 S. 14 th Street Herrin, IL 62948 (618) 942-2171 Ext. 36458 Fax: (618) 351-6540 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital 2 South Hospital Drive Murphysboro, IL 62966 (618) 684-3156 Ext. 55331 Fax: (618) 351-6540 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group 509 So. University Suite 200 Carbondale, IL 62901 (618) 549-5361 Ext. 68805 or 68808 Fax: (618) 351-6540 |
|---|---|---|--|

حضرة المريض الكفيل:

نود أن نشرك على طلبك للمساعدة المالية من خلال برنامج المساعدة في الرعاية الصحية (Healthcare Assistance Program HAP). رجاء أن تعلم أنه للحصول على مساعدة في فاتورة الاستشفاء الخاصة بك، عليك إظهار أن كافة مصادر الدفع كالتأمين الطبي، ميديكايد Medicaid، وتعويض العمال والمسؤولية، إلخ قد تم استنفادها قبل النظر في مساعدة الرعاية الصحية HAP.

يُرجى إعادة الطلب مع المعلومات التالية في غضون 30 يوماً:

1. طلب HAP مملوء بصورة كاملة وموقع في تاريخه
2. نسخة كاملة عن استمارة عائدات الضرائب الفيدرالية للسنة الماضية. إذا كنت تعمل لنفسك، عليك تضمين الجدول (C). يُرجى تضمين نسخة من كافة استمارات W2.
3. نسخة من آخر شيك أو إيصال بالشيك الخاص بالوظيفة أو البطالة أو الضمان الاجتماعي أو معاش التقاعد أو تعويض العمال (أو رسالة تحديد لتعويض العمال) أو أي مصدر/مصادر أخرى للمدخل استلمتها في الأسابيع الثلاثة عشر الماضية. نقبل أيضاً من الوثائق الثلاثة التالية كدليل على الأجر:
 1. استمارة أجر خاصة بالموظف مملوءة وموقعة من قبل رب/أرباب العمل لكل شخص يتقاضى أجراً في الأسرة. (أنظر استمارة الطلب (HAP).
 2. نسخة من إيصال الشيك للأسابيع الثلاثة عشر الماضية.
 - ج. نسخة من الأجر/الراتب من رب العمل للأسابيع الثلاثة عشر الماضية.
4. إذا كان ذلك ينطبق، دليل على المشاركة في برامج المساعدة الحكومية كقسائم الغذاء، WIC، ميديكايد Medicaid، لينك Link، وجبات الغذاء المدرسية، برنامج مورد أو إحالة رعاية الأطفال.
5. إذا لم يكن لديك رسالة قبول أو رفض حالية من إدارة المساعدة العامة، يُرجى ملء استمارة تحديد الأهلية لميديكايد Medicaid. قد يُطلب إليك أن تقدم طلباً للمساعدة من مصادر أخرى مناسبة إذا تبين أنك مؤهل لهذه المساعدة. بإمكان الموظفين مساعدتك في ملء استمارات تحديد الأهلية لميديكايد Medicaid.

ما إن تقدم طلب HAP لن تقبل أي تعديل أو إعادة تقديم طلب. إذا أردت أن تستأنف قرارنا أو تطلب إعادة نظر، ينبغي أن يكون ذلك خطياً وفي غضون 30 يوماً من التبليغ. يُرجى ذكر السبب أو تزويد معلومات إضافية قد تكون مفيدة في مراجعتنا.

يُرجى إرسال الطلب كاملاً إلى العنوان المذكور أعلاه للمؤسسة التي فرضت عليك رسوماً. عليك تقديم طلب واحد إذا كان لديك حساب في أي أو في كل المستشفيات الثلاثة المذكورة أعلاه. إذا أردت المساعدة في ملء الطلب، يُرجى الاتصال بالمستشار المالي في المؤسسة المناسبة. بإمكانك الاتصال بنا بين الاثنين والجمعة من الساعة 8.00 صباحاً وحتى 4.30 بعد الظهر.

إن ملء هذا الطلب لا يعفيك من واجباتك المالية تجاه ساوثرن إلينوي هيلثكير Southern Illinois Healthcare وتحفظ ساوثرن إلينوي هيلثكير Southern Illinois Healthcare بالحق في رفض أي طلب عند المراجعة.

هذا الطلب صالح فقط لمستشفى ميموريال هوسبيتال أوف كاربونداليل ومستشفى هيرين هوسبيتال ومستشفى سانت جوزيف هوسبيتال.

استمارة تحديد الأهلية لميديكايد Medicaid
طلب المساعدة في الرعاية الصحية

إسم المريض: _____

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كان عليك تقديم طلب لـ Medicaid.

*** إذا كانت الإجابة على السؤال رقم 1 "كلا"، عليك تقديم طلب لـ Medicaid.

1. هل أنت مواطن أميركي؟ نعم _____ كلا _____

*** إذا كانت الإجابة على السؤال رقم 2,3 و4 "نعم"، عليك تقديم طلب لـ Medicaid.

2. هل أنت دون سن الخامسة والستين وقد تحدد أنك تعاني من إعاقة جسدية من قبل طبيب؟ نعم _____ كلا _____

3. هل لديك أشخاص تعيلهم دون سن الثامنة عشر يسكنون معك في المنزل؟ نعم _____ كلا _____

4. هل أنت حامل؟ نعم _____ كلا _____

الموظفون متواجدون لمساعدتك في تأهلك لـ Medicaid. يُرجى الاتصال بالمستشار المالي في المؤسسة المناسبة.

ملاحظة: إن تحديد الأهلية لـ Medicaid شرط فقط لأرصدة الحسابات مجتمعة التي تبلغ 1,500 دولار أو أكثر.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة.

التاريخ

التوقيع



- Memorial Hospital of Carbondale Herrin Hospital St. Joseph Memorial Hospital SIH Medical Group
405 W. Jackson 201 S. 14th Street 2 South Hospital Drive 509 So. University Suite 200
Carbondale, IL 62902 Herrin, IL 62948 Murphysboro, IL 62966 Carbondale, IL 62901
(618) 549-0721 (618) 942-2171 (618) 684-3156 (618) 549-5361
Ext. 64572 Ext. 36458 Ext. 55331 Ext. 68805 or 68808
Fax: (618) 351-6540 Fax: (618) 351-6540 Fax: (618) 351-6540 Fax: (618) 351-6540

طلب المساعدة في الرعاية الصحية

الإسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____
عنوان الشارع/رقم صندوق البريد المدينة الولاية الرمز البريدي

رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

أفراد الأسرة الساكنين في المنزل:

| إسم المُعال | تاريخ الميلاد | العلاقة | رقم الضمان الاجتماعي |
|-------------|---------------|---------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*إذا كان هناك المزيد يُرجى إرفاق ورقة

المدخول المريض المدخول الزوجة أو مُعال آخر
إسم رب العمل: _____
العنوان: _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي
الراتب: (الإجمالي الشهري) _____
إسم رب العمل: _____
العنوان: _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي
الراتب: (الإجمالي الشهري) _____

| دخل آخر | دخل المريض الشهري | الدخل الشهري للزوجة المُعال الآخر |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| ضمان اجتماعي/تقاعد/المعاشات | \$ | \$ |
| بطالة أو تقديمت من تعويض العمال | \$ | \$ |
| فائدة/دخل من أرباح الأسهم | \$ | \$ |
| إعالة طفل/نفقة | \$ | \$ |
| تقديمت لقدامي الحرب | \$ | \$ |
| مدخول من الإيجار | \$ | \$ |

التاريخ: _____

التوقيع: _____

معلومات إضافية

يُرجى استخدام هذه الاستمارة لتزويد معلومات إضافية قد تساعد في مراجعة طلب المساعدة في الرعاية الصحية.

إذا كانت أي من الجمل أو الأسئلة تنطبق على وضعك، يُرجى تزويد المعلومات الضرورية على هذه الاستمارة.

1. إذا كانت نفقاتك الشهرية تزيد عن مدخولك الشهري، يُرجى ذكر كيفية تغطيتك لتلك النفقات.

2. إذا لم تضمن عائدات الضرائب، يُرجى ذكر السبب.

3. إذا لم يكن لديك أي مدخول كيف تعيل نفسك؟

4. إذا كنت تحصل على دعم مالي من أحد، يُرجى تضمين إفادة خطية عن كيفية مساعدتهم لك.

غيرها:

استمارة راتب الموظف
(ينبغي ملؤها وتوقيعها من قبل رب العمل)

إسم الموظف: _____

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالموظف: _____

إسم صاحب العمل: _____ هاتف: _____ مقسم: _____

العنوان: _____

المدينة الولاية الرمز البريدي

الأجور للأشهر الثلاثة عشر الماضية

| الأسبوع | فترة الدفع المنتهية في | إجمالي الأجور |
|---------|------------------------|---------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |

1. هل يعمل الموظف حالياً؟ _____ (نعم/كلا). إذا كانت الإجابة كلا، متى كان آخر يوم عمل له؟

2. إذا كان الموظف لا يعمل حالياً، هل سيعود إلى العمل؟ _____ (نعم/كلا). تاريخ العودة المتوقع:

3. متى بدأ العمل: _____ تاريخ الانتهاء: _____

أشهد أن معلومات الأجور المتعلقة بالشخص المذكور أعلاه صحيحة ودقيقة.

التاريخ: _____ التوقيع: _____

توقيع صاحب العمل أو ممثل له