

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE

FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM INSTRUCTIONS TO COMPLETE APPLICATION (Arabic)

(تعليمات إكمال طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية)

التعليمات

كجزء من التزامه بتقديم الخدمات، سيقدّم نظام UMass Memorial للرعاية الصحية مساعدات مالية للمرضى غير المشمولين بتغطية مكتب Health Safety Net التابع للولاية الذين يستوفوا مؤهلات معينة متعلقة بالدخل.

لكي نقرر إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدات المالية، نحتاج للحصول على معلومات مالية معينة كما هو موضح في طلب التقدم. سيؤدي عدم تقديم هذه المعلومات إلى رفض المساعدات.

يُرجى إكمال طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية وإعادة الطلب بالإضافة إلى وثائق إثبات الدخل إلى مستشار طلبات التقدم المعتمد. يمكن إرسال النموذج المكتمل بريدياً على العنوان التالي:

UMass Memorial Patient Financial Counseling
306 Belmont Street
Worcester, MA 01604

القسم 1: معلومات المريض

في القسم 1 من طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية، يُرجى إكمال جميع المعلومات المتعلقة بالمريض.

القسم 2: أفراد الأسرة

في القسم 2 من طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية، يتم طلب المعلومات المتعلقة بالشخص (الأشخاص) الذي يقيم في نفس منزل المريض. ينبغي أن يشمل هؤلاء زوج/زوجة المريض والشخص (الأشخاص) الذي يعوله. إذا كان المريض طفلاً قاصراً يُرجى تضمين ولي (أولياء) الأمر و/أو الممثل المصرح له.

القسم 3: الأجر

في القسم 3 من طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية، يتم طلب المعلومات المتعلقة بدخل الوظيفة. يُرجى تحديد المبلغ الذي يتلقاه كل شخص بالدولار. وكذلك، يرجى تحديد إذا ما كان المبلغ يتم تلقيه أسبوعياً أو كل أسبوعين أو شهرياً.

القسم 4: مصادر الدخل الأخرى

في القسم 4 من طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية، يتم طلب المعلومات الخاصة بمصادر الدخل غير المتعلقة بالوظيفة. يرجى تحديد فرد الأسرة ونوع الدخل الذي يتلقاه كل شخص. وكذلك، يرجى تحديد إذا ما كان المبلغ بالدولار يمثل تعويضاً أسبوعياً أو نصف شهري أو شهرياً أو سنوياً. يُعد الضمان الاجتماعي أو مخصصات التقاعد أمثلة على مصادر الدخل الأخرى.

كشرط لطلب التقدم هذا، يلزم تقديم وثائق تثبت جميع مصادر الدخل في القسمين 3 و4 من طلب التقدم هذا. يعد ما يلي وثائق إثبات مقبولة:

- نسخة من أحدث كعيبين لشيكات أجورك
- نسخة من أحدث بيان أو شيك بمخصصات التقاعد أو الضمان الاجتماعي أو البطالة أو أي مخصصات دخل الأخرى
- بيان الأرباح والخسائر عن الـ 3 أشهر الأخيرة للعمل التجاري بالنسبة للمتقدمين من أصحاب الأعمال الحرة أو أحدث إقرارات ضريبية خلال فترة 6 أشهر توضح المذكور أعلاه
- بيان من صاحب العمل الخاص بك يحدد إجمالي الدخل الأسبوعي الخاص بك
- نسخة من أمر المحكمة أو المدفوعات التي تم تلقيها خلال الأسبوعين الماضيين للنفقة و/أو إعالة الطفل

القسم 5: تعليقات / إفادة بالدعم المالي

إذا كنت لا تعمل ولا تتلقى أي دخل، يرجى تقديم بيان بالدعم. هذا البيان ينبغي أن يتضمن ظروفك الحالية مثل مع من تقيم ومن يقوم بمساعدتك في التكاليف الحياتية الأساسية مثل المأوى والطعام.

القسم 6: معلومات التأمين الصحي

إذا كنت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة مشمولاً في تغطية تأمين صحي أو سيتم تغطيته، يرجى تقديم المعلومات في هذا القسم.

للحصول على مساعدة في إكمال طلب التقدم هذا، يرجى التواصل مع:

مستشار طلبات التقدم المعتمد

508-334-9300

ساعات العمل: من الإثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحاً - 4:00 مساءً