

طلب سري للحصول على مساعدة مالية
بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

شخصية وسرية

الضامن:
رقم الحالة:
المرضى الذين تشملهم الحالة:

شكراً لك على اختيارك Trinity Health Michigan 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 Trinity Health Michigan
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

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	
العنوان البريدي [		المدينة [C]	
عنوان البريد الإلكتروني [		ما هي الولاية التي تقيم فيها؟	
الحالة الاجتماعية ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أخرى			
هل تقدم إقرارًا ضريبيًا فيدراليًا؟		هل يمكن اعتبارك كتابع في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟	
☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بالنفي، لماذا؟		☐ نعم ☐ لا	
هل كان لديك أو لدى مُعاليك تغطية تأمين صحي في وقت الخدمة؟			
☐ نعم ☐ لا (قدم نسخة من بطاقة التأمين)			
هل أنت مقيم موثق في الولايات المتحدة؟ (اختياري)			
☐ نعم ☐ لا ☐ أفضل عدم الإجابة			

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

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

التحقق من دخل جميع أفراد الأسرة					
مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)	مصدر الدخل الشهري	من يتلقى هذا؟	إجمالي الدخل الشهري (قبل الضرائب)
أجور			تعويضات العمال		
/الضمان الاجتماعي الإعاقه			البطال		
المعاش التقاعدي			إعالة الطفل/ نفقة الزوجة		
التوظيف الذاتي			إيرادات تأجير الأراضي		
المساعدة العامة			أخرى		

خطاب الدعم المالي - يجب أن يستكملة الشخص الذي يقدم الدعم فقط	
☐ أنا أقدم أكثر من 50% من الدعم لتغطية نفقات معيشة المريض، لكنني غير قادر على المساعدة في الفواتير الطبية.	☐ 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)
اسم الشخص الذي يقدم الدعم	العلاقة بالمريض
توقيع الشخص الذي يقدم الدعم	التاريخ

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.

طلب سري للحصول على مساعدة مالية

بالنسبة لخدمات المستشفيات والخدمات المهنية التي تقدمها مرافق وأطباء Trinity Health

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 صباحًا حتى 5 مساءً. التوقيت الشرقي.