

المساعدة المالية



أنت نقطة الاتحاد.



UnityPoint Health



تعرف **UnityPoint Health** أن هناك بعض الأوقات التي لا يستطيع مرضانا فيها الدفع مقابل الخدمات المقدمة. إذا احتجت إلى المساعدة في الدفع مقابل خدمات طبية، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من **UnityPoint Health**.

أكمل جميع الأقسام الثلاثة

1. طلب الحصول على المساعدة المالية

قم بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل. يرجى تذكر التوقيع في أسفل الصفحة الثانية.
يجب أن تقوم بتعبئة نموذج واحد فقط لكل شخص يعيش معك في المنزل.

2. إثبات الدخل لكل شخص في منزلك:

أرسل صورًا من جميع العناصر المدرجة أدناه التي تنطبق.

- الإقرار الضريبي للعام الماضي
- إن كنت موظفًا: إيصال الدفع من دخل بداية العام حتى تاريخه أو آخر 3 إيصالات دفع
- إن كنت صاحب مهنة حرة: الحساب الختامي وبيان الدخل
- إن كنت عاطلاً عن العمل: اذكر طلب إعانة البطالة وآخر إيصال دفع نهائي من آخر وظيفة
- خطاب مبلغ المعاش الشهري
- خطاب مبلغ التعويض عن العجز
- خطاب مبلغ دخل الضمان الاجتماعي
- مستند إثبات الدخل من الإيجار
- مستند إثبات الدخل من إعانة الأطفال
- مستند إثبات الدخل من نفقة الزوجة
- إذا لم يكن لديك دخل، بيان مكتوب من الشخص الذي يقدم لك الإعانة

3. إثبات الأصول لكل شخص في منزلك:

أرسل صورًا من جميع العناصر المدرجة أدناه التي تنطبق.

- كشوف حسابات بنكية لآخر 3 أشهر
- بيانات الدخل من الاستثمار (نموذج 401K, IRA, حساب الاستثمار، حساب التوفير الصحي)

لمعرفة إن كنت مؤهلاً، يرجى اتباع الإرشادات أدناه.

إذا كنت ممن يتلقى المساعدة بالفعل من برنامج في الولاية (طوابع المعونة الغذائية أو برنامج التغذية للنساء، والرُّضَع، والأطفال)، قم بتعبئة الصفحة الأولى فقط من الطلب وأرسلها مع إثبات أنك مشترك في أحد تلك البرامج. قد تكون مؤهلاً للمشاركة التلقائية في برنامجنا. تأكد من توقيع الصفحة الأخيرة من التطبيق.

تأكد من تقديم جميع المعلومات الخاصة بكل شخص يعيش في منزلك. واستكمال الأقسام الثلاثة في الجانب الأيمن من النموذج. إذا لم تقم بإعادة المعلومات الكاملة، لا يمكن معالجة طلبك. سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات بسريّة.

يمكننا المساعدة في تعبئة هذا النموذج إن كانت لديك أسئلة.

- إذا كنت موجودًا في المستشفى، اطلب مساعدة شخص ما في تسجيل المرضى (**Patient Registration**).
- إذا كنت موجودًا في المنزل أو العيادة، اتصل على الرقم **(888) 343-4165**

ملاحظات هامة

قد يسعى فريقنا إلى معرفة إن كنت مؤهلاً لبرامج مساعدة أخرى فيدرالية أو تابعة للولاية قبل معالجة طلبك للحصول على مساعدة مالية من **UnityPoint Health**.

المساعدة المالية متوفرة فقط للخدمات الضرورية طبيًا التي تقدمها مؤسسات وأطباء **UnityPoint Health**. على النحو المبين في سياسة المساعدة المالية، إذا أردت معرفة المزيد عن هذه السياسة تفضل بزيارة unitypoint.org/fap.

إن كانت لديك المزيد من الأسئلة عن فاتورتك، يرجى الاتصال برقم الهاتف المدرج على الفاتورة للتحديث إلى المستشفى، أو العيادة، أو الرعاية المنزلية التي قدمت الرعاية.



سبب حاجتك للمساعدة في سداد الفاتورة

اسم المريض

الهاتف _____ الاسم _____
 (MI) (الاسم الأول) (اسم العائلة)
 تاريخ الميلاد _____ العنوان _____
 (الشارع)
 رقم الضمان الاجتماعي _____ الحالة الاجتماعية _____
 (الولاية) (المدينة)
 (الكوود البريدي)

الشخص المسؤول عن الدفع

التاريخ الوظيفي الشخصي

صاحب العمل _____ اسم _____
 (MI) (الاسم الأول) (اسم العائلة)
 العنوان _____ العنوان _____
 (الشارع) (الشارع)
 (الكوود البريدي) (المدينة) (الولاية) (الكوود البريدي) (المدينة)
 الهاتف _____ الهاتف _____
 المنصب الوظيفي _____ السن _____
 تاريخ الميلاد _____
 الحالة الوظيفية: دوام جزئي دوام كلي متوسط ساعات العمل في الأسبوع _____
 رقم الضمان الاجتماعي _____ الحالة الاجتماعية _____

زوج/زوجة الشخص المسؤول عن الدفع

التاريخ الوظيفي الشخصي

صاحب العمل _____ اسم _____
 (MI) (الاسم الأول) (اسم العائلة)
 العنوان _____ العنوان _____
 (الشارع) (الشارع)
 (الكوود البريدي) (المدينة) (الولاية) (الكوود البريدي) (المدينة)
 الهاتف _____ الهاتف _____
 المنصب الوظيفي _____ السن _____
 تاريخ الميلاد _____
 الحالة الوظيفية: دوام جزئي دوام كلي متوسط ساعات العمل في الأسبوع _____
 رقم الضمان الاجتماعي _____ الحالة الاجتماعية _____

معلومات أخرى

صاحب العمل الثاني للطرف المسؤول و/أو الزوج (الزوجة)

أدرج جميع الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيت

اسم _____ العلاقة _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____ صاحب العمل _____
 العنوان _____
 (الشارع)
 (الكوود البريدي) (المدينة) (الولاية) (الكوود البريدي) (المدينة)
 الهاتف _____
 المنصب الوظيفي _____
 الحالة الوظيفية: دوام جزئي دوام كلي متوسط ساعات العمل في الأسبوع _____

الدخل			
مصدر الدخل	المبلغ المستلم	عدد مرات استلام المبلغ	اسم الشخص المستلم
الدخل الوظيفي			
الدخل الوظيفي			
الضمان الاجتماعي			
إعانة الأطفال/نفقة الزوجة			
المعاش/التعويض/البطالة			
فائدة/حصة أرباح			
أخرى (أشرح)			

الأصول		
العنصر	رصيد الحساب	الوصف
حساب جاري		
حساب توفير		
أسهم/سندات/شهادات إيداع		
401(K)/حساب IRA/حساب توفير صحي		
مركبات بمحرك/سيارات (النوع والموديل/السنة)		
المنزل الرئيسي (القيمة المقدرة)		
الممتلكات الأخرى المملوكة		
إجمالي الأصول (السطور 1-7)		

المصروفات		
العنصر	إجمالي المبالغ المملوكة	الوصف
رهن عقاري		
إيجار (المبلغ الشهري)		
المرافق (الكهرباء، المياه، إلخ)		
الفواتير الطبية		
نفقة الزوجة/إعانة الأطفال		
أدوية الوصفة الطبية		
قروض بنكية (السيارة)		
قروض بنكية (شخصية، قروض تعليمية، إلخ)		
التأمين (السيارات، الصحة، إلخ)		
دين بطاقة ائتمان		
أخرى (أشرح)		
إجمالي الالتزامات المالية (السطور 1-11)		

الموافقة على نشر المعلومات

أقر أن جميع المعلومات حقيقية وصحيحة حسب علمي، أفهم أن تقديم أي مطالبات، أو بيانات، أو مستندات مزيفة أو مضللة أو إخفاء حقيقة جوهرية قد يتسبب في الإلغاء الفوري لأي ترتيبات تمت من قبل، أمنت بموجب هذه الوثيقة التصريح إلى UnityPoint Health، والمؤسسات التابعة لها، وممثليها بالتحقق من المعلومات المتضمنة هنا. أوافق أيضًا على إخطار UnityPoint Health بأي تغييرات في موقعي المالي من شأنها التأثير على هذا القرار.

توقيع المُعد التاريخ

توقيع الزوج/الزوجة التاريخ

يمكنك تقديم طلبك المكتمل وجميع المستندات الداعمة* عن طريق:

البريد الإلكتروني:

FA_CBO_Request@unitypoint.org

الفاكس: (515) 362-5055

اكتب: "FA Application" على ورقة غلاف الفاكس.

*لا ترسل مستندات أصلية عبر البريد، أرسل صورًا فقط، سيتم إتلاف المستندات بعد مسحها ضوئيًا.

البريد:

UnityPoint Health – Central Billing Office

عناية: FA Team

6200 Thornton, Suite 100

Des Moines, IA 50321