

مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن
طلب الحصول على المساعدة المالية

معلومات المريض والعائلة (استخدم ظهر هذه الاستمارة إذا كنت بحاجة لمزيد من المساحة للكتابة):

التاريخ:

اسم المريض:

تاريخ الميلاد:

العنوان:

المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

رقم الهاتف:

الطرف أو الأطراف المسؤولة مالياً:

علاقة الطرف أو الأطراف المسؤولة مالياً بالمريض:

زوج (زوجة)

والدة)

نفسه

غير ذلك

أخ (أخت)

طفل بالغ

هل كان لدى المريض تأمين صحي وقت تقديم الخدمات:

لا

نعم

إذا أُجبت بنعم، نرجو إرفاق نسخة من بطاقة التأمين الصحي (الواجهة الأمامية والواجهة الخلفية) وأكمل البيانات التالية:

اسم شركة التأمين:

رقم بوليصة التأمين:

رقم المجموعة:

اسم المشترك(ة)

أدرج أفراد العائلة، بما في ذلك المريض نفسه، والزوج(ة)، والوالدين، والأطفال، الأخوة (الأخوات) الذين يعيشون في منزل المريض:

العلاقة بالمريض	السن	أفراد العائلة
		1.
		2.
		3.
		4.

الدخل: أدرج جميع مداخل الأطراف المسؤولة بما في ذلك الأجور الإجمالية (قبل استقطاع الضرائب)، والدخل من الإيجارات، وإعانة البطالة، وإعانات الضمان الاجتماعي، ودخل التقاعد، ونفقة رعاية الطفل، ونفقة المطلقة، إلخ:

الدخل الشهري	مصدر الدخل أو جهة العمل	فرد العائلة
		1.
		2.
		3.

نرجو تقديم نسخ من وصلين متتاليين لاستلام الراتب، أو خطاب رسمي أو بيان يدعم مصادر الدخل الأخرى، أو أحدث إقرار لمرجعيات الضرائب الفيدرالية. نرجو مواصلة الاستمارة على الصفحة التالية.

مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن
طلب الحصول على المساعدة المالية

الأصول: أدرج الأصول المالية مثل حسابات الادخار والحسابات الجارية، والودائع بأجل، والسندات المالية، وصناديق الاستثمار. لا تدرج خطط التقاعد وخطط التعويضات المؤجلة:

المؤسسة المالية	نوع الحساب	رقم الحساب	الرصيد
.1			
.2			
.3			
.4			

نرجو تقديم نسخ من البيانات المالية لكل حساب.

المصروفات الطبية: إذا كان لديك مصروفات مالية لأحد أفراد العائلة والتي ترغب في وضعها بالحسبان عند تحديد المبلغ الذي يمكنك تحمل دفعه، نرجو إكمال البيانات التالية:

مصروفات المستشفى:

اسم المنشأة	المبالغ التي تم دفعها في الـ 12 شهراً الماضية	المبالغ التي مازالت مستحقة	اسم المريض
.1			
.2			
.3			

مصروفات الأطباء:

اسم الطبيب أو الممارس العام	المبالغ التي تم دفعها في الـ 12 شهراً الماضية	المبالغ التي مازالت مستحقة	اسم المريض
.1			
.2			
.3			

فواتير طبية أخرى:

اسم مقدم الخدمة	المبالغ التي تم دفعها في الـ 12 شهراً الماضية	المبالغ التي مازالت مستحقة	اسم المريض
.1			
.2			
.3			

نرجو تقديم نسخ من جميع البيانات الحسابية التي تظهر المبالغ التي مازالت مستحقة.

نرجو مواصلة الاستمارة على الصفحة التالية.

مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن
طلب الحصول على المساعدة المالية

الظروف المالية الاستثنائية: نرجو تعبئة جميع المعلومات التي تنطبق:

البطالة:

الطرف المسؤول عاطل عن العمل

تاريخ آخر وظيفة: _____

مبالغ الإيجارات المتأخرة:

عنوان المنزل	إيجار أم ملك	قيمة المبالغ المتأخرة (إيجار أو أصل الرهن العقاري والفوائد، الضريبة العقارية والتأمين)

نرجو تقديم نسخ من البيانات الحسابية الحالية التي تظهر المبالغ المتأخرة.

اشرح الظروف المالية الاستثنائية الأخرى التي يرغب الطرف المسؤول في وضعها في الحساب عند تحديد المبلغ الذي يمكنه تحمل دفعه:

اشرح الظروف المالية الاستثنائية الأخرى	الدفعة الشهرية	المبلغ المستحق	المبلغ المتأخر

نرجو تقديم نسخ من أية مستندات إضافية تدعم الظروف المالية الاستثنائية الأخرى والتي ترغب في وضعها في الحساب عند تحديد المبلغ الذي يمكنك تحمل دفعه.

الأطراف المسؤولة الأخرى: نرجو تحديد إذا ما كان هناك أي شخص آخر غير مذكور أعلاه ويتحمل المسؤولية القانونية لمدفوعات المصروفات الطبية للمريض، مثل الوصي.

نعم، هناك شخص آخر مسؤول قانوناً لتحمل المصروفات الطبية للمريض.
لا، ليس هناك شخص آخر مسؤول قانوناً لتحمل المصروفات الطبية للمريض.

إذا أجبت بنعم، نرجو تعبئة البيانات التالية:

الاسم	العنوان	الدور أو العلاقة

نرجو مواصلة الاستمارة على الصفحة التالية.

مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن
طلب الحصول على المساعدة المالية

دليل رفض تغطية الميديكيد: نرجو تقديم نسخ من خطابات الرفض المكتوبة إما من (MassHealth) عندما يكون الطلب غير مقدم مباشرة من مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن) أو برنامج الميديكيد في ولايتك الأصلية.

يدرك الطرف المسؤول أنه يتعين عليه إبلاغ مستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن بأية تغييرات أو تحديثات تتعلق بالتأمين.

لا ترسل النسخ الأصلية من المستندات المطلوبة. أرسل نسخ مصورة فقط. لن تتم إعادة النسخ الأصلية من المستندات.

إقرار: بتوقيعي أدناه، أقر أنني قد قرأت هذا الطلب بعناية وأن جميع البيانات التي ذكرتها وأية مستندات أرفقتها هي صحيحة وحقيقية إلى حد علمي واعتقادي. أنا أدرك أن تقديم معلومات غير صحيحة عمداً للحصول على مساعدة مالية يعتبر تصرف غير قانوني.

توقيع الطرف أو الأطراف المسؤولة:

التاريخ

إذا كانت لديك أية أسئلة تتعلق بهذا الطلب أو بسياسة المساعدة المالية لمستوصف ماساتشوستس لطب العيون والأذن، نرجو الاتصال بمنسقي الشؤون المالية لدينا على رقم الهاتف:

617-573-5664، أو على عنوان البريد الإلكتروني FINANCIAL_COORDINATORS @MEEI.HARVARD.EDU.

نرجو إعادة هذه الاستمارة إلى العنوان التالي:

Massachusetts Eye and Ear
243 Charles Street
Boston, MA 02114-3096
Attn: Financial Coordinators