

نموذج الإفصاح عن الضائقة المالية  
(استنادًا إلى الدخل الإجمالي السنوي للأسرة والمعالين)

اسم المريض: \_\_\_\_\_

الأخير \_\_\_\_\_ الأول \_\_\_\_\_

الزوج (الزوجة)/الشريك: \_\_\_\_\_

الأخير \_\_\_\_\_ الأول \_\_\_\_\_

عنوان المريض: \_\_\_\_\_

العنوان البريدي / عنوان الشارع \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

الدخل الإجمالي السنوي للأسرة \_\_\_\_\_ دولار أمريكي

عدد أفراد الأسرة (المريض، زوج/ شريك المريض، والمعالين) \_\_\_\_\_

البالغون: \_\_\_\_\_

القصر: \_\_\_\_\_

خطة التأمين: \_\_\_\_\_

خصم المريض/ المشاركة في السداد/ التأمين المشترك: \_\_\_\_\_

هل العلاج ناتج عن تعويض العامل، أو بسبب حوادث السيارات، أو بسبب مطالبة المسؤولية؟

لا  نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لديك محام؟

لا  نعم

اسم المحامي: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

يجب تقديم وثائق الدخل مع طلب لاتخاذ قرار. توثيق الدخل المطلوب هو أحدث إقرار ضريبي على الدخل الاتحادي وإثبات للدخل لجميع أفراد الأسرة المعيشية ليشمل، على سبيل المثال لا الحصر: أحدث ثلاثة كشوف للمرتبات أو بيان الضمان الاجتماعي أو مدفوعات الإعاقة أو التقاعد، وما إلى ذلك. إذا لم يكن مطلوبًا تقديم إقرار ضريبي اتحادي، فيجوز لمرضى برنامج Medicare تقديم نسخة من بيان الضمان الاجتماعي الخاص بهم للعام الحالي الذي يوضح إجمالي المبلغ المستلم شهريًا. قد يُطلب منك تقديم معلومات إضافية للمساعدة في اتخاذ القرار.

أقر أنا، الموقع أدناه، بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة. وأتفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير دقيقة، فسيتم استبعادني من التقدم بطلب للحصول على برنامج الضائقة المالية أو المشاركة فيه لمدة عام واحد على الأقل، وفقًا لتقدير Select Medical. وأدرك أيضًا أن مبلغ الإعفاء قد يتغير إذا تم تحديد معلومات إضافية للتأثير على الضائقة المالية.

توقيع ولي الأمر/ الوصي \_\_\_\_\_ الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد \_\_\_\_\_ الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

مبلغ الإعفاء على أساس الضائقة المالية (يكمله مكتب إعداد الفواتير والتحصيل) \_\_\_\_\_ %

توقيع موافقة مشرف خدمات العملاء في مكتب إعداد الفواتير والتحصيل \_\_\_\_\_ الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع موافقة مدير خدمات العملاء في مكتب إعداد الفواتير والتحصيل \_\_\_\_\_ الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

المركز \_\_\_\_\_ رقم حساب المريض \_\_\_\_\_ قاعدة البيانات \_\_\_\_\_