

يجب ملء جميع الحقول

معلومات مقدم الطلب

تاريخ الخدمة (الماضي أو المستقبل): _____ المنشأة: _____
 الاسم الكامل للمريض: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
 تاريخ الميلاد: _____ العنوان الفعلي: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 العنوان البريدي: _____ رقم السجل الطبي: _____
 رقم الهاتف: _____ اسم الشخص الذي يكمل الطلب: _____
 الصلة مع المريض: _____

أفراد الأسرة حسب الاسم القانوني، بما في ذلك نفسك (الضامن)

الدخل السنوي	رقم الضمان الاجتماعي	المهنة	صلة القرابة	العمر	تاريخ الميلاد	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)
\$						
\$						
\$						
\$						
\$	الإجمالي					

أسئلة التغطية الأخرى

مصادر الدخل (إن لم تكن موجودة، أشر إلى الصفر في المربع)

نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل لدى المريض تأمين صحي؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يخضع المريض لعلاج من الإصابات التي تغطيها مسؤولية طرف خارجي، مثل شركة تأمين على السيارات أو تعويض العمال؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل لدى المريض Medicaid؟ - إذا كانت الإجابة بنعم، فانقل إلى الصفحة 2
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تقدم المريض بطلب للحصول على Medicaid؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت حامل؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت مسجل في الضمان الاجتماعي للإعاقة؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يتجاوز عمرك 65 عامًا؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت في التاسعة عشر من العمر أم أصغر؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت والد يتمتع بحق الحضانة وعاطل عن العمل؟

\$	الدخل
\$	الضمان الاجتماعي
\$	الدخل/النفقة/ الاستثمارات/التقاعد الأخرى
\$	إجمالي الدخل
\$	رصيد 401K
\$	مبلغ الرهن العقاري
\$	قيمة الإيجار
\$	رصيد حساب التوفير
	تغيير التحقق من الرعاية الصحية
صِف ما يلي:	إذا لم يكن لديك دخل، فكيف تدعم نفسك؟

تصريح: أقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأفهم أن المعلومات التي أقدّمها تخضع للتحقق، بما في ذلك تقييم الوكالات الائتمانية، وتخضع لمراجعة الوكالات الفيدرالية و/أو الوكالات التابعة للولاية وغيرها حسب الاقتضاء. أنا أفوض رب عملي لإصدار إثبات بدخلي إلى Piedmont Healthcare. أفهم أنه إذا ثبت أن أي معلومات قمتها غير صحيحة، فستقوم شركة Piedmont Healthcare بإعادة تقييم وضعي المالي واتخاذ أي إجراء يصبح مناسباً.

كما أوافق على تقديم طلب للحصول على أي مساعدة (مثل الرعاية الطبية، والمساعدات الطبية، والمعونة الحكومية (للسرطان)، وإعادة التأهيل المهني، والتأمين، وما إلى ذلك) قد تكون متاحة لدفع رسوم حسابي في Piedmont Healthcare. سأتعاون بشكل كامل مع Change Healthcare، معالج الحصول على Medicaid Eligibility من Piedmont Healthcare، في اتخاذ أي إجراءات قد تعتبر ضرورية للحصول على هذه المساعدة، وسأحدد أو أدفع لـ Piedmont Healthcare المبلغ المسترد مقابل رسوم Piedmont Healthcare. وينطبق "طلب برنامج المساعدة المالية" الكامل على كل ضامن.

توقيع مقدم	الطلب اسم مقدم الطلب (طباعة)	التاريخ	الوقت
توقيع الشاهد <th>اسم الشاهد (طباعة)</th> <th>التاريخ</th> <th>الوقت</th>	اسم الشاهد (طباعة)	التاريخ	الوقت

يجب تقديم المستندات التي تدعم طلبك حتى يتسنى لنا معالجته. وقد يؤدي عدم تقديم هذه المعلومات إلى رفض طلبك ولن تتمكن من الطعن على قرار الرفض. ويمكنك الاتصال بقسم "المساعدة المالية" إذا كانت لديك أسئلة أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال الطلب على:

متطلبات التوثيق

- النماذج المقبولة من بطاقات الهوية التي تحمل صورة (بطاقات الهوية الحكومية فقط):
 - رخصة قيادة سارية صادرة عن الولاية (يُسمح باستخدام مستندات غير صالحة أو منتهية الصلاحية في ظروف معينة)
 - بطاقة الهوية الصادرة عن الولاية
 - جواز السفر
 - بطاقة الهوية العسكرية
 - أي بطاقة هوية فصلية أو مدرسية تحمل صورة
 - التأشيرة أو بطاقة الإقامة للأجانب (إن وجدت)
 - غير مقبول: بطاقة كوستكو (Costco) أو صورة سيلفي أو صورة عيد الميلاد / العطل
- إثبات الإقامة - يجب ألا يتجاوز عمر وثائق إثبات الإقامة 30 يوماً، ويجب أن تكون باسم المريض. النماذج المقبولة:
 - عقد الإيجار - يمكن استخدامه إذا كان لا يزال سارياً وتحتوي جميع المستندات الأخرى على العنوان ذاته
 - خطاب قسائم الطعام
 - فواتير المرافق - تتضمن العنوان الفعلي
 - مستندات عمل أخرى تُثبت مكان إقامتك، مثل كشوف حساب بطاقة الائتمان، والإقرارات الضريبية، وخطابات Medicaid، وخطابات الطلاب من المدرسة، وكشوف الحساب المصرفية، وكشوف حساب الرهن العقاري
 - ملاحظة: لا يعتبر صندوق البريد إثباتاً للإقامة.
- دليل على الدخل
 - إذا كنت موظفاً: المستندات المطلوبة - أحدث ثلاث كعوب لشيك الراتب (المريض والزوج / الشريك) أو
 - إذا كنت عاطلاً عن العمل: المستندات المطلوبة - خطاب تعويض البطالة أو خطاب منحة البطالة، ونسخ من أحدث كشوف الحساب المصرفية لمدة ثلاثة أشهر للحسابات الجارية والتوفير - جميع الحسابات أو
 - إذا كنت تعمل لحسابك الخاص: المستندات المطلوبة - نسخ من كشوف الحساب المصرفية الأخيرة لمدة ثلاثة أشهر من كل من الحسابات الجارية / التوفير الشخصية والتجارية (المريض والزوج / الشريك) - جميع الحسابات أو
 - إذا كنت متقاعدًا: المستندات المطلوبة - خطاب رقم الضمان الاجتماعي (إن وجد) ونسخ من كشوف الحساب المصرفية الأخيرة لمدة ثلاثة أشهر من كل من الحسابات الجارية / التوفير الشخصية والتجارية (المريض والزوج / الشريك) - جميع الحسابات
 - خطاب رقم الضمان الاجتماعي لخدمة Medicare - WWW.SSA.gov/myaccount
- و - يتم استخدام المستندات التالية للتحقق من المعلومات وليست بديلاً للقائمة المذكورة أعلاه.
 - أي خطابات قرار تشير إلى أن المريض يتلقى تعويضات بطالة أو تأمين Medicaid أو إعاقة بموجب الضمان الاجتماعي أو مساعدة عامة، وما إلى ذلك.
 - خطاب قسائم الطعام
 - التحقق من التشرّد أو رسالة من ملجأ تحمل ترويسة الشركة
 - وثائق عمل أخرى توضح كيفية تلقي المريض للدعم

إثبات عدد المعالين

- إقرار ضريبة الدخل الموقع عن السنوات السابقة - مطلوب فقط في حالة مطالبة للمعالين
- أي خطابات قرار تشير إلى أن المريض يتحمل المسؤولية القانونية عن الطفل، مثل أوراق الوصاية أو أوراق الحضانة التي تأمر بها المحكمة