



SIH Medical Group  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901

(618) 457-5200  
تحويل: 67575  
فاكس: (618) 351-6540

St. Joseph Memorial Hospital  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966

(618) 684-3156  
تحويل: 55331  
فاكس: (618) 351-6540

Herrin Hospital  
201 S. 14<sup>th</sup> Street  
Herrin, IL 62948

(618) 942-2171  
تحويل: 36458  
فاكس: (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902

(618) 549-0721  
تحويل: 64572  
فاكس: (618) 351-6540

عزيزنا المريض/الضامن:

هام: قد يكون بإمكانك الحصول على رعاية مجانية أو مخفضة التكلفة. إكمال هذا الطلب سيساعد \_\_\_\_\_، في تحديد ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات مجانية أو مخفضة التكلفة أو البرامج الحكومية الأخرى التي يمكنها المساعدة في الدفع مقابل رعايتك الصحية. يُرجى تسليم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم تكن لديك تغطية تأمينية، فإن رقم ضمان الاجتماعي ليس مطلوبًا للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة التكلفة. ولكن، رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لبعض البرامج الحكومية، بما في ذلك **Medicaid**. تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوبًا ولكن سيساعد المستشفى في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للتأهل بأي برامج حكومية أم لا.

يُرجى إكمال هذا النموذج وتسليمه إلى المستشفى شخصيًا أو عن طريق البريد أو عن طريق البريد الإلكتروني أو عن طريق الدخول إلى **myChart** أو عن طريق الفاكس، للتقدم بطلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة التكلفة خلال 90 يومًا بعد تاريخ الخروج من المستشفى أو تلقي الرعاية في العيادات الخارجية.

يقر المريض بأنه قد بذل جهدًا بحسن نية لتقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على المساعدات المالية أم لا.

يُرجى فهم أنه لكي تتلقى المساعدة في دفع فواتير المستشفى الخاصة بك سيتعين عليك توضيح جميع مصادر الدفع مثل التأمين الصحي، **Medicaid**، تعويضات العاملين، الالتزام المالي، إلخ. يجب أن تكون جميع مصادر الدفع مستنفدة بالكامل قبل النظر في طلب المساعدة في الرعاية الصحية.

بعض الظروف التي قد يكون فيها المريض مؤهلاً للأهلية الافتراضية قد لا تحتاج إلى تقديم طلب. يُرجى الاتصال بالمستشار المالي على الرقم الموضح أعلاه لمعرفة المزيد.

#### يُرجى إعادة الطلب بعد توفير المعلومات التالية:

1. طلب التأهل ببرنامج المساعدة في الرعاية الصحية بعد إكماله وتوقيعه وتاريخه.
2. نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي قدمته. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص يجب أن تقوم بتضمين الجدول ج. يُرجى تضمين نسخة من جميع نماذج **W2**.
3. نسخة من أحدث شيك أو كعب الشيك الخاص بالتوظيف أو البطالة أو الضمان الاجتماعي أو المعاشات أو تعويضات العمال (أو خطاب قرار تعويضات البطالة) أو أي مصدر (مصادر) آخر (أخرى) للدخل قد تلقيتها خلال الثلاثة عشر (13) أسبوعًا الماضية. سنقبل واحدًا من الوثائق الثلاثة التالية كإثبات على الأجر:
  - a. نموذج أجر الموظف مملوء وموقع من قبل أصحاب العمل الخاصين بكل صاحب دخل في الأسرة. (انظر الطلب الخاص بهذا النموذج).
  - b. نسخ من كعوب الشيكات خلال الـ 13 أسبوعًا الماضية.
  - c. نسخة مطبوعة من أجورك من صاحب العمل الخاص بك خلال الـ 13 أسبوعًا الماضية.
  - d. يجب أن تكون معلومات الأجر الموجودة أعلاه معتمدة لكل أفراد العائلة/الأسرة.
4. إذا كان ينطبق، إثبات للمشاركة في برامج المساعدات الحكومية مثل قسائم الطعام أو برنامج النساء والرضع والأطفال (**WIC**) أو برنامج **Medicaid** أو برنامج **Link** أو وجبات الغداء المدرسية أو مركز موارد رعاية الطفل أو برنامج إحالة.
5. قد يُطلب منك التقدم بطلب للحصول على مساعدة من مصادر أخرى مناسبة إذا تحدد أنك مؤهل لتلقي مثل تلك المساعدة.

إذا كنت ترغب بتقديم طعن على قرارنا أو طلب لإعادة النظر، يجب أن تفعل ذلك كتابياً. يُرجى تضمين السبب أو تقديم المعلومات الإضافية التي قد تفيد في مراجعتنا. يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف بشأن إجراءات طلب خصم المريض غير المؤمن عليهم أو إجراءات المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام لدى ولاية إيلينوي من خلال زيارة الموقع الإلكتروني [www.illinoisattorneygeneral.gov](http://www.illinoisattorneygeneral.gov) أو من خلال هاتف رقم 1-800-964-3013. يقدم **SIH** الآن خيارًا إلكترونيًا مناسبًا لاستكمال تطبيقات المساعدة الصحية عن طريق تسجيل الدخول إلى **MyChart**. قم بزيارة [www.mychart.sih.net](http://www.mychart.sih.net) 7/24 للتعليمات الكاملة. يمكن أيضاً إرسال الطلب المكتمل بريدياً إلى العنوان المدرج للمنشأة حيث تحملت التكاليف. يلزم تقديم طلب واحد فقط إذا كان لديك حسابات في أي من أو جميع الثلاث مستشفيات المدرجة أعلاه. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال الطلب، يُرجى التواصل مع المستشار المالي في المنشأة المناسبة. يمكنك الوصول إلينا من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 4:30 مساءً. إكمال هذا الطلب لا يعفيك من التزاماتك المالية تجاه **Southern Illinois Healthcare**؛ ويحتفظ **Southern Illinois Healthcare** بالحق في رفض أي طلب بعد مراجعته.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

المستشار المالي



مثال 2 – تطبيق برنامج المساعدة في الرعاية الصحية للتوظيف والدخل و الدخل الآخر والأصول والمصرفات الشهرية

SIH Medical Group  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901

(618) 457-5200  
تحويل: 67575  
فاكس: (618) 351-6540

St. Joseph Memorial Hospital  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966

(618) 684-3156  
تحويل: 55331  
فاكس: (618) 351-6540

Herrin Hospital  
201 S. 14<sup>th</sup> Street  
Herrin, IL 62948

(618) 942-2171  
تحويل: 36458  
فاكس: (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902

(618) 549-0721  
تحويل: 64572  
فاكس: (618) 351-6540

### طلب الحصول على المساعدة في الرعاية الصحية

الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

عنوان الشارع/صندوق البريد \_\_\_\_\_ المدينة الولاية الرمز البريدي

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ (غير مطلوب)  
معلومات العائلة/الأسرة:

1. عدد الأشخاص في عائلة/أسرة المريض: \_\_\_\_\_

2. عدد الأشخاص المعالين من قبل المريض: \_\_\_\_\_

3. أعمار المعالين من قبل المريض: \_\_\_\_\_

### معلومات الوظيفة والدخل

1. أدخل معلومات الوظيفة الخاصة بالمريض أو زوج/زوجة المريض أو شريك المريض.

2. إذا كان المريض قاصراً، أدخل معلومات الوظيفة الخاصة بولي أمر المريض أو الوصي على المريض.

المريض	الزوج/الزوجة	الشريك	غير ذلك
اسم صاحب العمل الخاص بالمريض: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الخاص بالشريك: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الآخر: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي
اسم صاحب العمل الخاص بالمريض: العنوان: المدينة، الرمز البريدي للولاية الراتب: (الإجمالي الشهري)	اسم صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الخاص بالشريك: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي	اسم صاحب العمل الآخر: العنوان: المدينة، الولاية، الرمز البريدي الراتب: المبلغ الإجمالي

## مصادر الدخل الأخرى

الدخل الشهري للمريض	الدخل الشهري للزوج/الزوجة/غيره من المعالين	مصادر الدخل الأخرى
دولار	دولار	الأجور
دولار	دولار	العمل الحر
دولار	دولار	تعويضات البطالة
دولار	دولار	الضمان الاجتماعي
دولار	دولار	مخصصات الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة
دولار	دولار	معاش المحاربين القدامى/مخصصات ذوي الإعاقة منهم
دولار	دولار	تعويضات العمال
دولار	دولار	المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة
دولار	دولار	دخل التقاعد
دولار	دولار	إعالة الطفل أو النفقة أو إعالة زوجية أخرى
دولار	دولار	مصادر الدخل الأخرى

توثيق دخل الأسرة من خلال كعوب الشيكات أو بيانات المخصصات أو خطابات المنح أو الأوامر القضائية أو الإقرارات الضريبية الفيدرالية أو غيرها من الوثائق المقدمة من قبل المريض.

## \*الأصول

العقارات: ملك إيجار	المصرف: حساب جار	دولار
القيمة السوقية	المدخرات	دولار
المبلغ المستحق:		دولار
سيارة/شاحنة/النوع:	صناديق الاستثمار المشتركة:	دولار
القيمة السوقية:	الأسهم، شهادات الإيداع:	دولار
الدراجات النارية، القوارب، المقطورات، غيرها من المركبات:	إيجار الممتلكات المؤجرة:	دولار
القيمة السوقية	غير ذلك:	دولار
		دولار
		دولار
		دولار

\*الأصول غير مطلوبة لموقع هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHSC) في SIH Primary Care Harrisburg

## النفقات الشهرية

دولار	غير ذلك:	دولار	دفعات المنزل أو الإيجار:
دولار		دولار	الخدمات
دولار		دولار	
دولار		دولار	
دولار		دولار	
دولار		دولار	رعاية الأطفال:
دولار		دولار	الطعام والمؤن:
دولار		دولار	المدفوعات الخاصة بالسيارة:
دولار		دولار	وسائل النقل
دولار		دولار	البطاقات الائتمانية:
دولار		دولار	ضريبة الممتلكات: (سنوية):
	مجموع النفقات الشهرية		

أشهد أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. سوف أتقدم بطلب للحصول على أي مساعدات فيدرالية أو محلية أو تابعة للولاية قد أكون مؤهلاً لها للحصول على مساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه.

أدرك أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق من صحتها من قبل المستشفى وأصرح للمستشفى بالتواصل مع الأطراف الثالثة للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. أدرك أنني إذا قدمت معلومات غير حقيقية بشكل متعمد في هذه الطلب، فسأصبح غير مؤهل للحصول على المساعدات المالية، وقد تلغى أي مساعدات مالية ممنوحة لي وسأكون مسؤولاً عن دفع فاتورة المستشفى.

هل كان المريض مقيمًا في إيلينوي أو مقيمًا مؤقتًا عند تقديم الرعاية؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
*إذا كنت مقيمًا مؤقتًا ، فيرجى تقديم نسخة من رخصة قيادة الزائر المؤقت	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل كان المريض متورطاً في حادث مزعوم؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل كان المريض أحد ضحايا جريمة مزعومة؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل لدى مقدم (مقدمي) الطلب أي دعوى قضائية/قانونية نشطة أو مفتوحة خاصة بالحسابات التي تطلب المساعدة فيها؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
هل يوجد لدى المتقدم (المتقدمون) تأمين صحي أو خطة ممولة من Ministry/Medishare؟	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم

### المعلومات الديموغرافية الاختيارية: (ضع دائرة حول الخيار الأفضل)

\* لن يكون للاستجابة أو عدم الاستجابة أي تأثير على نتيجة هذا التطبيق

**العرق**  
اسباني أو لاتيني  
ليس من أصل إسباني أو لاتيني

**العرق**  
الهنود الحمر أو سكان الاسكا الأصليين  
آسيا  
هندي آسيوي  
أسود أو أمريكي من أصل أفريقي  
صيني  
سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ  
عرق آخر  
أبيض  
**الجنس**  
ذكر  
أنثى

### اللغة المفضلة

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف بشأن إجراءات طلب خصم المريض غير المؤمن عليهم أو إجراءات المساعدة المالية بالمستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام لدى ولاية إيلينوي من خلال زيارة الموقع الإلكتروني [www.illinoisattorneygeneral.gov](http://www.illinoisattorneygeneral.gov) أو من خلال هاتف رقم 1-800-964-3013.

التاريخ: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_  
المريض/مقدم الطلب

التاريخ: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_  
المريض/مقدم الطلب



المثال 4 استمارة اجر الموظف في برنامج المساعدة في الرعاية الصحية

### نموذج أجر الموظف

(يتم إكماله والتوقيع عليه من قبل صاحب العمل)

اسم الموظف: \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالموظف: \_\_\_\_\_ (غير مطلوب)  
اسم صاحب العمل: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ التحويلة \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة الولاية الرمز البريدي

الأجور الخاصة بأخر 13 أسبوعًا

الأسبوع	نهاية فترة الدفع	إجمالي الأجور
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

1. هل الموظف يعمل حاليًا؟ \_\_\_\_\_ (نعم/لا)، إذا كانت الإجابة لا، فمتى كان آخر يوم عمل؟

2. إذا كان الموظف لا يعمل حاليًا، فهل سيعود الموظف إلى العمل؟ \_\_\_\_\_ (نعم/لا)

تاريخ العودة المتوقع \_\_\_\_\_

3. متى بدأ العمل: \_\_\_\_\_ تاريخ الانتهاء: \_\_\_\_\_

أشهد أن معلومات الأجر المتعلقة بالشخص المذكور اسمه أعلاه حقيقية وصحيحة.

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

توقيع صاحب العمل أو ممثل صاحب العمل