طلب المساعدة المالية

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

BRONSON

التاريخ: ____________________

عزيزي المريض / مقدم الطلب،

شكرًا لك على اهتمامك بالمساعدة المالية التي توفرها مجموعة Bronson Healthcare. مرفق طيه طلب المساعدة المالية. المعلومات التالية هي قائمة تحقق تضم العناصر المطلوب منك التحقق منها. إذا كنت متزوجًا، فتأكد أيضًا من تضمين وسائل التحقق الخاصة بالزوج / الزوجة. إلى جانب الطلب، ستحتاج إلى تقديم إثبات بدخل أسرتك وإثبات بالأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة. يرجى إعادة الطلب المكتمل مع الوثائق المطلوبة إلى العنوان المذكور أعلاه أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان patientbilling@bronsonhg.org.

تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- نسخة حديثة من كعب شيك الراتب تعرض الدخل الإجمالي للعام حتى تاريخه (YTD)، و / أو خطاب تحقق موقع عليه من صاحب العمل يوضح هذه المعلومات، و / أو الإقرار الضريبي للعام السابق*
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فقم بتوفير الإقرار الضريبي الشخصي الخاص بالعام الماضي بالإضافة إلى الإقرار الضريبي للأعمال التي يمارسها الفرد بما في ذلك جميع الجداول.
- إذا كنت عاطلاً عن العمل، يجب توفير قسائم شيكات البطالة المقدمة طوال العام حتى تاريخه أو يمكن الحصول على طبعة من موقع ويب الولاية توضح إجمالي الدخل طوال العام حتى تاريخه، أو يجب توفير دليل رفض يظهر عدم الأهلية للاستفادة من امتيازات إعانة البطالة
- في حالة تلقي امتيازات الضمان الاجتماعي، نسخة خطاب تُظهر مبلغ الامتيازات الشهري.
- إذا لم يتم تلقي أي دخل، يجب تقديم بيان الدعم الموجود في الصفحة الأخيرة من الطلب من فرد يساعد المريض على تلبية احتياجاته الأساسية.
- إذا كنت تتلقى إعانة الطفل، يجب تقديم نسخة من وثائق المحكمة الحالية أو التأكيد المطبوع من صديق المحكمة.
- توثيق الدخل الآخر (المعاش التقاعدي، وامتيازات المحاربين القدامى، والإيجار أو الدخل التعليمي، وتعويضات العمال، وما إلى ذلك).

*خطاب دعم من فرد ساعد المريض قبل التوظيف مقبول بدلاً من الإقرار الضريبي إذا كان الفرد عاطلاً عن العمل في العام السابق وليس لديه إقرار ضريبي لتقديمه.

تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- كشوف الحسابات المصرفية الحالية (الحسابات الجارية وحسابات الادخار)
- الاستثمارات التي تشمل الأسهم أو السندات أو المعاشات التقاعدية
- أو شهادات الإيداع (CD) أو حسابات سوق المال
- حسابات التوفيرات الصحية (HSA) / حساب الإنفاق المرن (FSA)
- خدمات الدفع عبر الهاتف المحمول / الخدمات الافتراضية

تحتفظ مجموعة Bronson Healthcare Group بالحق في طلب وثائق إضافية منك قبل اتخاذ القرار النهائي بشأن المساعدة المالية. يمكن أن يشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، خطاب رفض Medicaid، والبيانات المصرفية، والدليل على الأصول، والإقرار الضريبي للعام السابق، والدليل على الإقامة، والكشف عن المطالبات و / أو الدخل من الإصابة الشخصية و / أو المطالبات المتعلقة بالحوادث.

للنظر في حصولك على مساعدة مالية، يرجى إكمال كلتا صفحتي الطلب المرفق وتضمين الوثائق المطلوبة لإثبات الدخل التي تنطبق عليك وعلى زوجك / زوجتك (إن أمكن)، والمدرجة في قسم "الدخل والأصول". يجب إكمال جميع السطور. إذا قررت Bronson بعد تقديم الطلب أن هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات، فستتلقى خطابًا يحتوي على التفاصيل التي توضح ما هو مطلوب. سيتم إخطارك كتابيًا بقرارنا في غضون 30 يوم عمل من تاريخ استلام Bronson للطلب المكتمل. يغطي البرنامج الخدمات الطارئة والضرورية طبيًا التي تقدمها مجموعة Bronson Healthcare Group. قد يغطي البرنامج أو لا يغطي الفواتير الطبية التي قد يتم إصدارها لك من موفرين آخرين؛ يرجى الاتصال بهم مباشرةً لمعرفة برامج المساعدة المالية التي قد يقدمونها. لا يغطي هذا البرنامج أو يدفع تكاليف المحكمة ورسوم التسجيل والفوائد وأتعاب المحاماة من إحدى وكالات التحصيل التي تعمل معنا.

للحصول على تفاصيل أو مساعدة، يرجى الاتصال بقسم الفواتير في Bronson على الرقم 269-341-6117 أو الرقم 800-699-6117 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5:30 مساءً.

تاريخ المراجعة: 2025/20/1

طلب المساعدة المالية

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

BRONSON

القسم الاول: معلومات الطرف المسؤول والأسرة

معلومات الطرف المسؤول (الضامن):

اسم العائلة ____________ الاسم الأول ____________ الحرف الأول من الاسم الأوسط ____

تاريخ الميلاد ____________ رقم الضامن أو رقم السجل الطبي (MRN) أو رقم الحساب ____________

عنوان المراسلة ____________ المدينة والولاية والرمز البريدي ____________

الهاتف ____________ رقم الضمان الاجتماعي ____________ الحالة الاجتماعية القانونية ____________

- هل أنت مقيم قانونيًا في الولايات المتحدة؟ (ضع دائرة) نعم أو لا   1 هل لديك تأمين صحي؟ (ضع دائرة) نعم أو لا

صاحب العمل ____________ صاحب العمل (الزوج / الزوجة) ____________

هل الوظيفة التي تشغلها (ضع دائرة حول خيار واحد): بدوام كامل، بدوام جزئي، يعمل لحسابه الخاص، متقاعد، عاطل عن العمل، معاق *راجع العناصر المطلوبة لكل منها على صفحة الغلاف*

هل الوظيفة التي يشغلها زوجك / زوجتك (ضع دائرة حول خيار واحد): بدوام كامل، بدوام جزئي، يعمل لحسابه الخاص، متقاعد، عاطل عن العمل، معاق

معلومات التأمين

اسم شركة التأمين ____________ اسم المشترك ____________

معرف المشترك ____________ المجموعة ____________ تاريخ السريان ____________

معلومات المريض (إذا كانت مختلفة عن الطرف المسؤول):

اسم العائلة ____________ الاسم الأول ____________ الحرف الأول من الاسم الأوسط ____

تاريخ الميلاد ____________ علاقتك بالمريض ____________

معلومات الأسرة:

يرجى تقديم المعلومات أدناه لجميع أفراد الأسرة المباشرين الذين يعيشون في منزلك. لهذه الأغراض، تشمل الأسرة زوج / زوجة المريض وأفراد الأسرة الذين يعولهم المريض المدرجين في نموذج IRS 1040. إذا كان أفراد الأسرة فوق سن 18 عامًا في تاريخ هذا الطلب، يلزم أن يعرض نموذج IRS 1040 حالة التبعية.)

الاسم ____________ تاريخ الميلاد ____________ علاقتك بالضامن ____________

الاسم ____________ تاريخ الميلاد ____________ علاقتك بالضامن ____________

الاسم ____________ تاريخ الميلاد ____________ علاقتك بالضامن ____________

الاسم ____________ تاريخ الميلاد ____________ علاقتك بالضامن ____________

للحصول على تفاصيل أو مساعدة، يرجى الاتصال بقسم الفواتير في Bronson على الرقم 269-341-6117 أو الرقم 800-699-6117 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5:30 مساءً.

تاريخ المراجعة: 2025/20/1

طلب المساعدة المالية

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

BRONSON

القسم الثاني: معلومات الدخل والأصول

مصدر الدخل / الشهري	الطرف المسؤول (الضامن)	الزوج / الزوجة / شخص آخر
الأجور		
العمل الحر		
نفقة الطفل أو نفقة الزوجة		
الضمان الاجتماعي / المعاشات		
البطالة / تعويضات العمال		
امتيازات المحاربين القدامى		
الدخل الآخر		
إجمالي الدخل الشهري		

الأصول	الطرف المسؤول (الضامن)	الزوج / الزوجة / شخص آخر
النقد / حسابات التوفير / الحسابات الجارية		
الأسهم / السندات / المعاشات التقاعدية		
شهادات الإيداع (CD) / سوق المال		
حساب التوفيرات الصحية (HSA) / حساب الإنفاق المرن (FSA)		
خدمات الدفع عبر الهاتف المحمول / الخدمات الافتراضية		

التصديق:
أفهم أنه سيتم التحقق من المعلومات التي أقوم بتقديمها إلى Bronson. أعطي الإذن لمجموعة Bronson Healthcare Group للوصول إلى تقرير الائتمان الخاص بي إذا لزم الأمر. أفهم أيضًا أن Bronson Healthcare Group قد تطلب مزيدًا من المعلومات، على سبيل المثال الأدلة على الأصول، أو البيانات المصرفية، أو خطاب رفض Medicaid إذا لزم الأمر لتقرير الأهلية. قد يتم رفض هذا الطلب إذا لم أقدم الوثائق المطلوبة. تحتفظ مجموعة Bronson Healthcare Group بالحق في عكس أي تعديل إذا أصبحت المدفوعات متاحةً.

لقد قرأت هذا الطلب بعناية، وكل المعلومات التي قدمتها صحيحة.

توقيع الجهة المسئولة ماليًا ____________________ التاريخ ____________ العلاقة بالمريض ____________

توقيع الزوج (الزوجة) ____________________ التاريخ ____________

التعليقات____
____
____
____
____
____
____

للحصول على تفاصيل أو مساعدة، يرجى الاتصال بقسم الفواتير في Bronson على الرقم 269-341-6117 أو الرقم 800-699-6117 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5:30 مساءً.

طلب المساعدة المالية

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

إذا كنت تبلغ أن دخلك الشهري 0 دولار، يرجى أن يقوم الشخص (الأشخاص) الذين يساعدونك و/أو عائلتك بملء بيان الدعم.

بيان الدعم

(يجب أن يملأه الشخص الذي يقدم الدعم لمقدم الطلب)

الاسم الكامل بحروف واضحة:

____

العنوان: ____

____

تاريخ الميلاد: ______________ رقم الهاتف (______) ________________

أؤكد أنني أقدم الدعم المالي لمقدم الطلب. فيما يلي قائمة بالخدمات أو الدعم الذي أقدمه لمقدم الطلب.

- ❑ السكن (المساعدة في الإيجار / الرهن العقاري أو أن مقدم الطلب يعيش معي)
- ❑ المرافق
- ❑ البقالة
- ❑ غير ذلك ____

____

____

أؤكد بموجب هذا الإقرار أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفهم أن توقيعي لن يجعلني مسؤولاً ماليًا عن الرسوم الطبية لمقدم الطلب.

التوقيع: ____

للحصول على تفاصيل أو مساعدة، يرجى الاتصال بقسم الفواتير في Bronson على الرقم 269-341-6117 أو الرقم 800-699-6117 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5:30 مساءً.