

وحتى يتم النظر في طلب حصولك على الإعانة المالية، يرجى إكمال كلتا صفحتي طلب التقديم المرفق وإرفاق مستندات إثبات الدخل المطلوبة التي تنطبق عليك وعلى زوجتك (إن وجدت) والتي تجدها مدرجة بقسم "الدخل". إذا قررت مؤسسة برونسون بعد إرسالكم للطلب أنها في حاجة للمزيد من المعلومات، سنتلقون خطاباً مفصلاً يصف ما هو المطلوب. سيتم إخطاركم بقرارنا كتابياً خلال 30 يوم عمل من تلقي مؤسسة برونسون لطلبكم المستكمل. البرنامج يغطي الخدمات الطارئة وذات الضرورة الطبية المقدمة من مجموعة برونسون للرعاية الصحية. قد يغطي البرنامج الفواتير الطبية التي تدين بها لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين وقد لا يغطيها؛ يمكنك الاتصال بهم مباشرة لتعرف أي من برامج الإعانة المالية سيقومون بتقديمها لك. مصاريف المحكمة ورسوم التسجيل والفوائد وأتعاب المحاماة من إحدى وكالات التحصيل التابعة لنا هي مبالغ لا يقوم هذا البرنامج بتغطيتها أو سدادها.

إذا كانت لديك أية أسئلة بشأن استمارة الطلب أو تحتاج إلى المساعدة لاستكمالها، الرجاء الاتصال بإدارة الفوترة بمؤسسة برونسون على أرقام الهواتف: 269-341-6117 أو 1-800-699-6117، من الإثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحاً وحتى 5:30 مساءً.

الرجاء إعادة استمارة الطلب المستكملة في المغلف المقدم إلى:
مستشفى برونسون ميثوديست (Bronson Methodist Hospital)
Patient Accounting Attn: SP
601 John St, Box J
Kalamazoo, MI 49007

القسم الأول: بيانات المريض

من فضلك، قم باستكمال كافة المعلومات المطلوبة أدناه فيما يخص بيانات السكن وبيانات التأمين.

رقم الحساب: _____ تاريخ الخدمة: _____

الاسم: _____

العنوان: _____ الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

الرقم والشارع _____

الولاية التي تقيم فيها: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج / مطلق/مطلقة هاتف المنزل: _____ ()

هل أنت مقيم في الولايات المتحدة بشكل شرعي؟ نعم لا هاتف آخر: _____ ()

اسم صاحب العمل: _____ المريض الزوج/ة آخر

اسم صاحب العمل: _____ المريض الزوج/ة آخر

هل كان لديك تأمين صحي (بخلاف Medicaid) في أثناء خدمتك؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم، من فضلك قم بتقديم بيانات التأمين ونسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك.

اسم التأمين: _____ تاريخ سريان التأمين: _____ / _____ / _____

اسم المشترك: _____ رقم تعريف المشترك: _____ رقم المجموعة: _____

القسم الثاني: الأسرة

من فضلكم قم بتقديم كافة المعلومات الخاصة بكافة أفراد الأسرة المقربين الذين يعيشون في بيتك.
 - لهذا القسم تشمل الأسرة زوج المريض، أبناء المريض تحت سن 18 عامًا (بمن فيهم الأبناء بالتبني) الذين يعيشون في البيت.
 - إذا كان الطفل (أو الأطفال) فوق سن 18 عامًا وكان مُطالبًا ضمن ضرائب العام الحالي، فيمكن إدراج الطفل (أو الأطفال). يجب إرفاق الضرائب لعرض الدليل على ذلك.

صلة قرابتههم بالمريض

تاريخ الميلاد

أسماء أفراد الأسرة

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

القسم الثالث: الدخل

قم بتقديم أي إثبات بالدخل أدناه ينطبق عليك وعلى زوجك وعلى كافة أفراد الأسرة الآخرين.

مصدر الدخل	إجمالي الدخل الشهري الحالي - للمريض	إجمالي الدخل الشهري الحالي - للزوج/غيره	مجموع الدخل الأسري الشهري	إثبات الدخل (للمصادر المنطبقة أدناه)
أجور	\$	\$	\$	أحدث كعوب دفع توضح بيانات الدخل لفترة 4 أسابيع على الأقل تثبت الدخل السنوي حتى تاريخه أو خطاب تحقق من الدخل موقع من صاحب العمل يثبت هذه البيانات
أعمال حرة	\$	\$	\$	نسخة من الإقرار الضريبي الشخصي والتجاري للعام الماضي شاملاً جميع المواعيد
إعالة الأطفال أو النفقة	\$	\$	\$	نسخة من مستندات المحكمة المتاحة حالياً أو إقرار مطبوع من مؤسسة "فريند أوف ذا كورت (Friend of the Court)" أو نسخ من الشيكات أو كشف الحساب المصرفي الذي يوثق الدخل السنوي حتى تاريخه
الضمان الاجتماعي / المعاشات	\$	\$	\$	نسخة من خطاب الحصول على الإعانة أو كعب شيك أو كشف حساب مصرفي يثبت قيمة الإيداعات الشهرية
أرباح الودائع، الفوائد، دخل الاستئجار	\$	\$	\$	كشف بالفائدة / حصص الأرباح وكشف بالدخل الإيجاري أو نسخة من الكشف الضريبي للعام السابق تثبت الدخل الإيجاري أو الدخل الناتج عن فائدة أو حصة أرباح
إعانة البطالة؛ تعويض العامل	\$	\$	\$	إعانات البطالة السنوية الموثقة حتى تاريخه مع كعب المدفوعات خلال العام الكامل أو نسخة مطبوعة من موقع الولاية تتضمن الدخل السنوي حتى تاريخه أو خطاب رفض لعدم الاستحقاق؛ خطاب الإعانة التعويضية للعمال يتضمن الدخل السنوي حتى تاريخه
مخصصات قدامى المحاربين	\$	\$	\$	خطاب مخصصات قدامى المحاربين
مصادر أخرى للدخل	\$	\$	\$	كشف حساب مصرفي أو وثائق توضح أي مصدر آخر للدخل (دخل قائم على التعليم، دخل متفرق، إلخ)
المجموع	\$	\$	\$	

إذا لم يوجد أي دخل، من فضلكم قم باختصار بشرح كيفية قيامك بتغطية احتياجات المعيشة الأساسية ومن الذي يوفر الدعم المعيشي.

القسم الرابع: الموجودات

من فضلك، قم بإدراج كافة الموجودات التي تخصك وتخص زوجك وتخص كافة أفراد الأسرة.

نوع الموجودات	الرصيد الجاري للمريض	الرصيد الجاري للزوج / آخرون
الحساب المصرفي - الادخاري	\$	\$
الحساب المصرفي - الجاري	\$	\$
أسهم مالية، سندات مالية، صناديق مالية	\$	\$
حساب الإنفاق المرين (FSA) / حساب مدخرات الرعاية الصحية (HSA)	\$	\$
المجموع	\$	\$

القسم الخامس: التصديق

من فضلك، قم بقراءة القسم التالي بعناية ثم قم بالتوقيع وإدخال التواريخ في الأماكن المخصصة.

أنا على دراية بأن البيانات التي أقدمها لمؤسسة برونسون سيتم التحقق منها. وأنا أعطي الإذن لمجموعة برونسون للرعاية الصحية بالاطلاع على تقرير الائتمان الخاص بي إذا تطلب الأمر. كما أنني على دراية بأن مجموعة برونسون للرعاية الصحية قد تطلب المزيد من المعلومات، على سبيل المثال، ما يثبت الموجودات، كشوف حسابات مصرفية، أو خطاب رفض من Medicaid، إذا تطلب الأمر ذلك للبت في مدى استحقاقية الإعانة. استمارة الطلب هذه قد يتم رفضها في حال لم أقدم بالوثائق المطلوبة. تحتفظ مجموعة برونسون للرعاية الصحية بالحق في نقض أية تسوية مالية إذا أصبح السداد متاحاً.

لقد قمت بقراءة استمارة الطلب هذه بعناية وأقر بأن كافة المعلومات التي قدمتها سليمة.

توقيع طرف ذو مسؤولية مالية	التاريخ	صلتك بالمريض (إن لم تكن المريض نفسه)
توقيع الزوجة/الزوجة	التاريخ	