

العنوان	المساعدة المالية - مستشفيات نورث كارولينا (العيادات القائمة على مقدمي الخدمة)		
الرقم	NH-LD-FM-111.1	آخر تاريخ سريته تمت مراجعته/مراجعتها:	يناير 26+
الفئة	إل دي-إف إم		
ينطبق على	نوفانت هيلث: بالم إم سي، بي إم سي، إف إم سي (إف إم سي الرئيسي، سي إم سي، كي إم سي ومواقع أخرى)، إم إم سي، إم إم سي، ماجيش إم إم سي، بي إم سي (بي إم سي الرئيسي، كول هيه ومواقع أخرى)، آر إم سي، إس إم سي، تي إم سي نوفانت هيلث: مركز نيو هانوفر الإقليمي الطبي، مركز بندر الطبي+		

ا.

النطاق / الغرض

تعكس قضية نوفانت هيلث، "نحن نخلق مستقبلاً أكثر صحة ونجلب تجارب استثنائية إلى الحياة"، تراث نوفانت هيلث غير الربحي ومسؤوليتها الاجتماعية تجاه المجتمعات التي نعيش فيها.

ا.

السياسة

جميع مستشفيات نوفانت هيلث وعيادات مقدمي الخدمات في نورث كارولينا ("نوفانت هيلث") ستقدم المساعدة المالية (رعاية مجانية) للمرضى المؤهلين من ذوي الدخل المنخفض. هذه الخدمة، إلى جانب خدمات الفائدة المجتمعية الأخرى، ضرورية لتحقيق مهمة نوفانت هيلث.

الغرض من هذه السياسة هو تحديد المعايير والشروط لتقديم المساعدة المالية للمرضى الذين تجعل وضعهم المالي من غير العملي أو المستحيل دفع تكاليف الخدمات الطارئة أو الضرورية طبياً. هذه السياسة لا تشمل الخدمات الاختيارية. الأفراد الذين يستوفون معايير الأهلية المحددة في هذه السياسة مؤهلون للحصول على رعاية مجانية للخدمات الطارئة أو الطبية الضرورية. سيتم الحفاظ على سرية المعلومات وكرامة الفرد لكل من يطلب المساعدة بموجب هذه السياسة.

يجب على فريق القيادة التنفيذية لنوفانت هيلث و/أو مجلس إدارة نوفانت هيلث الموافقة على أي تعديل لهذه السياسة.

ج. الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

1. منطقة الخدمة -

- أ. مرضى المستشفى: جميع سكان نورث كارولينا وغير من نورث كارولينا يحق للمقيمين في المقاطعات التالية في ساوث كارولينا التقدم للحصول على المساعدة المالية كما هو معرف في هذه السياسة. مقاطعة هوري، مقاطعة لانكستر، ومقاطعة يورك، ساوث كارولينا.
- ب. الدخل: يجب أن يكون دخل المريض السنوي للعائلة أقل من أو يساوي 300% من إرشادات الفقر الفيدرالية المتاحة للعام الحالي.
- ج. الخدمات المغطاة: تشمل الخدمات المشمولة الطوارئ والطبية الخدمات اللازمة التي يتم الحصول عليها في مستشفى Novant Health أو عيادة تعتمد على مقدمي الخدمات.

4. الظروف الخاصة. قد ينظر في المرضى المتوفين في التأمين المالي

الأهلية للحصول على المساعدة. قد يكون المرضى الذين هم في حالة إفلاس مؤهلين أيضا للحصول على المساعدة المالية.

.B

المساعدة المالية.

المرضى غير المؤمن عليهم. المرضى غير المؤمن عليهم الذين يستوفون المتطلبات السابقة وأي مرضى غير مؤمن عليهم يفترض أنهم مؤهلون للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه الوثيقة سيحصلون على تعديل 100٪ لأي رسوم للخدمات المشمولة بموجب هذه البوليصا.

المرضى المؤمن عليهم فقط. للمقيمين في نورث كارولينا فقط: المرضى المؤمن عليهم الذين يستوفون المتطلبات المذكورة أعلاه وأي مرضى مؤمن عليهم يفترض أنهم مؤهلون للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه البوليصا، سيحصلون على خصم على مسؤولية المريض المطبقة (ناقص المدفوعات المشتركة) كما يلي:

دخل أقل من 200٪ من FPL: خصم 100٪.
الدخل بين 200٪-250٪ من الدخل المالي الفائق: خصم 75٪. الدخل بين 250٪-300٪ من الدخل المالي الإضافي: خصم 50٪.

بالإضافة إلى ذلك، للمرضى المؤمن عليهم الذين تتراوح دخولهم بين 200٪-300٪ من دخل الأسرة الشهري، تتوفر خطة مدفوعة، بدون فوائد، بمدة لا تزيد عن ستة وثلاثين (36) شهرا ومدفوعات لا تزيد عن خمسة بالمئة (5٪) من دخل الأسرة الشهري. يمكن وضع خطط دفع بفترات أطول من ستة وثلاثين (36) شهرا، طالما أن إجمالي المبلغ المتلقى لا يتجاوز ما كان سيحصل عليه في خطة دفع 36 شهرا/5٪ من الدخل.

الطلب - كمسار بديل للمرضى الذين لا يعتبرون مؤهلين بشكل افتراضي (انظر القسم د تحديد الأهلية المفترضة)، سيتم تعبئة طلب (انظر الطلب المرفق) الذي يقدم جميع البيانات الداعمة المطلوبة للتحقق من أهلية المساعدة المالية من قبل المريض وإعادته إلى مكتب الأعمال، أو المدافع عن دورة الإيرادات، أو مستشار مالي في المنشأة أو العيادة. تشمل البيانات الداعمة إثبات مستندات الدخل مثل نماذج W2، كشوف الرواتب، أو الإقرار الضريبي للسنة السابقة. يجب على المرضى الذين لا يملكون مصدر دخل تقديم خطاب دعم يوضح حاجتهم للنظر في المساعدة المالية بناء على وضعهم المالي الحالي. يجب أن تذكر الخطابات على الأقل أن المريض لا يملك مستندات مالية داعمة لتقديمها. انظر القسم ج أدناه. سيتم الاحتفاظ بالطلبات في مكتب أعمال المنشأة أو العيادة وتقديمها للأفراد الذين يطلبون المساعدة المالية أو يتم تحديدهم كمرشحين محتملين للمساعدة المالية. الطلبات متاحة باللغتين الإنجليزية والإسبانية. يمكن تقديم المساعدة في إكمال الطلب من خلال التواصل مع مستشار مالي عبر أي من أرقام الهواتف المدرجة في القسم O من هذه السياسة.

.C

التحديد بناء على الطلب - بمجرد استلام المستندات الكاملة وتحديد الأهلية، سيتم إرسال خطاب إشعار لكل متقدم يخبره بقرار المرافق أو العيادة. إذا استوفى المريض متطلبات الأهلية، سيتم تصنيفهم كمؤهلين للحصول على المساعدة المالية. سيتم التواصل مع المرضى الذين يقدمون طلبات غير مكتملة و/أو لا يقدمون وثائق داعمة عبر الهاتف.

.D

تحديد الأهلية المفترض - سيتم تمديد الأهلية المفترضة بناء على معايير غير مبنية على الدخل كما يلي: التشرد؛ العجز العقلي

بدون وجود من يتصرف نيابة عن المريض؛ التسجيل في برنامج ميديكيد للمريض أو طفل في منزله؛ التسجيل في برنامج مساعدة عامة آخر يختبر الدخل (بما في ذلك، وليس حصراً على برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال ، برنامج المساعدة الغذائية التكميلية). بالنسبة للمرضى الذين يعتبرون مؤهلين بشكل افتراضي للمساعدة المالية، لن تكون هناك حاجة إلى مستندات.

يجب إكمال الفحص غير القائم على الدخل وإبلاغ المرضى بالأهلية كما يلي:

خدمات الأقسام غير الطوارئ

• الفحص - قبل أو عند تسجيل الدخول؛

• إشعار - قبل الخروج.

خدمات قسم الطوارئ

• الفحص - في أقرب وقت ممكن وقبل الخروج إذا أمكن؛

• إشعار - قبل إصدار الفاتورة للمريض.

سيتم تمديد الأهلية المفترضة بناء على معايير الدخل للحساب مع أو بدون تأمين. سيتم مراجعة الحسابات من خلال الحصول على حجم الأسرة ودخل الأسرة من مصدر بيانات طرف ثالث، مثل شركة Experian Healthcare، وهي شركة بيانات وتحليلات، وحساب نسبة الفقر الفيدرالية بناء على أحدث الإرشادات الفيدرالية للفقر. بالإضافة إلى ذلك، سيتلقى المرضى المؤهلون للأهلية المفترضة بناء على الدخل إشعاراً بذلك قبل إصدار أي فاتورة.

مقدمو الرعاية الطارئة والضرورية طبياً - تحتفظ كل منشأة في نيو هامبشاير بقائمة بمقدمي الخدمات الذين يقدمون الرعاية الطارئة أو الرعاية الطبية الضرورية الأخرى في منشأة نيو هامبشاير، والتي تحدد أي مقدمي الخدمات المشمولون تحت هذه السياسة ("قائمة مقدمي الخدمات"). قد يتم تحديث هذه القائمة بشكل منتظم دون موافقة من مجلس إدارة منشأة نيو هامبشاير. يمكن الحصول على قائمة مقدمي الخدمات من خلال موقع نوافنت هيلث الإلكتروني أو من خلال التواصل مع مستشار مالي على أي من أرقام الهواتف المدرجة في القسم O من هذه السياسة.

.E

فترة الأهلية - يجب تحديث طلب المساعدة المالية والوثائق كل ستة أشهر، أو في أي وقت خلال تلك الفترة التي تتغير فيها دخل عائلة المريض أو حالة التأمين إلى حد يجعل المريض غير مؤهل. سيتم مراجعة كل زيارة خلال فترة الستة أشهر للتحقق من إمكانية الوصول إلى برامج استحقاق أخرى.

.F

ج. عدم وجود وثائق مالية داعمة - قد يكون المرضى الذين ليس لديهم مصدر دخل مصنفة كجمعية خيرية. يجب على المرضى الذين ليس لديهم مصدر دخل تقديم خطاب دعم يوضح حاجتهم للنظر في المساعدة المالية بناء على وضعهم المالي الحالي. يجب أن تذكر الرسائل على الأقل أن المريض لا يملك وثائق مالية داعمة لتقديمها. قد لا تكون المساعدة المالية

تم الرفض بموجب هذه السياسة بناء على فشل مقدم الطلب في تقديم معلومات أو وثائق لا تتطلب من الفرد تقديمها.

إجراءات الفوترة والتحصيل - للحصول على معلومات حول أنشطة الفوترة والتحصيل في Novant Health، يرجى مراجعة سياسة الفوترة والتحصيل في Novant Health. يمكن الحصول على نسخة من الوثيقة عبر موقع Novant Health الإلكتروني أو عن طريق التواصل مع مستشار مالي عبر أي من أرقام الهواتف المدرجة في القسم O من هذه السياسة.

تاريخ سريان المساعدات المالية - بينما من المرغوب فيه تحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية في أقرب وقت ممكن من وقت الخدمة، طالما قدم المريض الوثائق المطلوبة خلال فترة التقديم، سيتم تقديم المساعدة المالية إذا اعتبر مؤهلاً.

حفظ السجلات - يجب الحصول على السجلات المتعلقة بالمرضى المحتملين للمساعدة المالية بسهولة للاستخدام. صور الوثائق المتعلقة بالمساعدة المالية متاحة في المجالات التالية على مستوى حساب أو سجل طبي للمريض للاسترجاع:

- دورة إيرادات NHMG: تحفظ وثائق الطلبات في خزان ملفات مغلقة لمدة 30 يوماً ثم يتم مسحها ضوئياً إلى Hyland OnBase و/أو الوسائط.
- مدير في Dimensions للتخزين.
- مرافق الأشعة الخارجية في نيوهامبشاير: يتم مسح المستندات ضوئياً إلى وسائط مدير في Dimensions للتخزين.
- مرافق NH Dimension الحادة: يتم مسح المستندات ضوئياً إلى مدير وسائط في الأبعاد للتخزين.

الرسوم - لن يتم تحصيل أي فرد غير مؤمن عليه مؤهل للمساعدة المالية عن الرعاية الطارئة أو الرعاية الطبية الضرورية الأخرى بموجب هذه البوليصة. إذا قامت شركة نوفانت هيلث بفرض رسوم على الأفراد المؤهلين للمساعدة المالية غير المؤمن عليهم مقابل رعاية طارئة أو أخرى ضرورية طبياً بموجب هذه البوليصة، فستستخدم الطريقة المحتملة لتحديد المبالغ التي يتم فوترتها عادة باستخدام معدلات ميديكيد ("AGB") ولن تفرض على الفرد المؤهل للمساعدة المالية أكثر من AGB.

ميزانية المساعدات المالية - قد يكون توفر المساعدات المالية محدوداً بناءً على ميزانية نوفانت هيلث أو قيود مالية أخرى، مما قد يؤثر على قدرة نوفانت هيلث على البقاء قادراً مالياً.

م. الإشعار العام والنشر - ستوفر نوفانت هيلث للجمهور

المعلومات حول المساعدة المقدمة في هذه السياسة كما يلي:

• هذه السياسة والطلب وملخص بلغة بسيطة ستكون متاحة

على موقع NH الإلكتروني.

- نسخ ورقية من هذه السياسة، والتطبيق، وملخص بلغة بسيطة سيكون متاحاً عند الطلب وبدون رسوم، سواء عبر البريد أو في المواقع العامة في جميع مرافق نوفانت هيلث، بما في ذلك على الأقل قسم الطوارئ ومناطق القبول.
- كتيبات المساعدة المالية، التي تطلع القارئ على المساعدة المالية المتاحة بموجب هذه السياسة، وكيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول هذه السياسة وعملية التقديم، وكيفية الحصول على نسخ منها، والطلب وملخص بلغة بسيطة، ستكون متاحة في عيادات صحية مجتمعية مجانية مختلفة ضمن مناطق خدمات الصحة في نوفانت.

- يجب تقديم نسخة ورقية من ملخص اللغة البسيطة للمرضى كما هو الحال جزء من عملية السحب أو التفريغ.
- كشوف الفاتورة سيكون عليها إشعار واضح لإبلاغ قارئ لهذه السياسة، كما هو موضح بمزيد من التفصيل في سياسة الفوترة والتحويل لشركة Novant Health، و
- سيتم عرض عروض عامة بارزة تبلغ المرضى بهذه السياسة في أماكن عامة في جميع أنحاء مرافق نوفانت هيلث، بما في ذلك على الأقل قسم الطوارئ والقبول.

N.

إمكانية الوصول إلى أفراد LEP - ستجعل نوفانت هيلث هذه السياسة، ونموذج الطلب، وملخص اللغة البسيطة متاحة لجميع الفئات السكانية ذات الأهمية التي لديها إتقان محدود للغة الإنجليزية ("LEP"). لتحديد ما إذا كان عدد السكان ذا دلالة، ستستخدم نوفانت هيلث طريقة معقولة لتحديد مجموعات لغوية LEP ضمن منطقة خدمات صحية نوفانت.

- O. توفر الوثيقة والوثائق ذات الصلة - بالنسبة لمرضى المستشفى، نسخة من هذه السياسة، ملخص بلغة بسيطة، طلب، قائمة مقدمي الخدمة والفوترة
- ويمكن الحصول على سياسة التحويل من خلال:
- زيارة موقع نوفانت هيلث على <http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx>
 - زيارة مكتب الاستشارات المالية في أي مستشفى من مستشفى نوفانت هيلث.
 - اتصل بخدمة العملاء مجاناً على الرقم 0080-844-888
 - اتصل بأي مستشار مالي في مستشفى Novant Health على الأرقام المذكورة فيما يلي:

مركز نوفانت هيلث فورسايت الطبي نوفانت هيلث كليمنز مركز نوفانت هيلث كيرنرزفيل الطبي مستشفى نوفانت هيلث الطبي في المنتزه الطبي نوفانت هيلث مركز توماسفيل الطبي	5393-718 (336)
مركز نوفانت هيلث بريسبيتريان الطبي مركز نوفانت هيلث ماتيويز الطبي نوفانت هيلث هانترسفيل الطبي نوفانت هيلث مستشفى شارلوت لجراحة العظام مركز نوفانت هيلث روان الطبي نوفانت هيلث مينت هيل مركز نوفانت هيلث برونزويك الطبي مركز نوفانت هيلث بالانتاين الطبي	0539-384 (704)
مركز نوفانت هيلث الطبي الإقليمي في نيو هانوفر مركز نوفانت هيلث سكوتس هيل الطبي مركز نوفانت هيلث بندر الطبي	7050-667 (910)

يمكن الحصول على نسخة من سياسة المساعدة المالية، وملخص بلغة بسيطة، وطلب، وسياسة الفوترة والتحويل عن طريق التواصل مع العيادة المعنية.

الاستثناءات: تنطبق هذه السياسة فقط على الخدمات المقدمة في Novant Health

المنتسبون ولا ينطبق على الخدمات المقدمة من قبل أي أطباء أو ممارسين مستقلين. كما أن هذه السياسة لا تنطبق على الخدمات المقدمة داخل أو خارج المستشفى/المنشأة من قبل الأطباء أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر أطباء التخدير أو الأشعة أو أطباء الأمراض، الذين لا يعملون لدى Novant Health.

الأفراد المؤهلون

لا يوجد

المعدات

لا يوجد

الإجراءات

يعمل هذا الإجراء كدليل لمساعدة الموظفين على تحقيق أهداف السياسة. بينما يتبع الموظفون هذه الإرشادات الإجرائية، يتوقع من الأفراد ممارسة الحكم ضمن نطاق ممارستهم و/أو مسؤولياتهم الوظيفية.

لا يوجد

التوثيق

لا يوجد

التعريفات

التابع - يشمل شركة نوفانت هيلث وأي كيان مملوك بالكامل أو كيان يعمل تحت اسم نوفانت هيلث.

فترة التقديم - الفترة التي تبدأ في تاريخ تقديم الرعاية للفرد وتنتهي في اليوم 240 بعد تقديم أول بيان فاتورة للرعاية.

برنامج الاستحقاق - برنامج حكومي يضمن بعض مزايا الرعاية الصحية لشريحة من السكان. ولا يشمل ذلك تبادل الرعاية الصحية الذي أنشأه قانون الرعاية الصحية الميسرة.

الأسرة - تشمل الزوج والزوجة وأي أطفال (بما في ذلك أبناء زوج الزوج) يعيشون في المنزل وهم معالون مؤهلون لأغراض الضرائب.

المساعدة المالية - الخدمات اللازمة لعلاج مرض أو إصابة أو حالة أو مرض أو أعراضه ونفي بالمعايير الطبية المعتمدة، والتي إذا لم تعالج بسرعة، ستؤدي إلى تغيير سلبي في الحالة الصحية.

الدخل - الأرباح السنوية للأسرة والمزايا النقدية من جميع المصادر قبل الضرائب، مع خصم المدفوعات للنفقة ونفقة الأطفال.

الخدمات الطبية الضرورية - خدمات لحالة إذا لم تعالج بسرعة، قد تؤدي إلى تغيير سلبي في الحالة الصحية للمريض.

ملخص بلغة بسيطة - بيان مكتوب يبلغ الفرد بأن منشأة نوفانت هيلث تقدم مساعدة مالية بموجب هذه السياسة وتوفر المعلومات الإضافية التالية بلغة واضحة وموجزة وسهلة

الس
ابع.

فهم: (1) وصفا موجزا لمتطلبات الأهلية والمساعدة المقدمة بموجب هذه السياسة؛ (2) ملخص موجز لكيفية التقديم للحصول على المساعدة بموجب هذه السياسة؛ (3) عنوان الموقع المباشر (أو الرابط) والمواقع الفعلية التي يمكن للفرد أن يحصل عليها الحصول على نسخ من هذه الوثيقة ونموذج الطلب؛ (4) تعليمات حول كيفية حصول الفرد على نسخة مجانية من هذه الوثيقة ونموذج الطلب؛ (5) معلومات الاتصال، بما في ذلك رقم الهاتف والموقع الفعلي، لمكتب أو إدارة المنشأة التي يمكنها تقديم معلومات عن هذه الوثيقة ومكتب أو قسم يمكنه تقديم المساعدة في الطلب أو وكالة غير ربحية أو حكومية يمكنها تقديم المساعدة؛ (6) بيان بتوفر ترجمات هذه السياسة والطلب وملخص بلغة بسيطة بلغات أخرى، إذا كان ذلك ينطبق، و(7) بيان بأن الفرد المؤهل للمساعدة المالية لا يجوز أن يفرض عليه تحصيل مبلغ يفوق المبلغ الذي يفرض عادة على الأفراد الذين لديهم تأمين يغطي نفس الرعاية الطارئة أو الرعاية الطبية الضرورية الأخرى.

وثائق ذات صلة

تسوية كارثية، خصم غير مؤمن عليهم، خطة دفع، القبول، الرسوم والاستشارات المالية، الفوترة والتحصيل، المساعدة المالية (مستشفيات ساوث كارولينا)، المساعدة المالية (العيادات غير المعتمدة على مقدمي الخدمة، مراكز التأمين السريري، إلخ).

المراجع الثامن.

لا يوجد

مقدم بواسطة

اللجنة الفرعية للمساعدة المالية / الديون السيئة في نوفانت هيلث تاسعة.

الكلمات المفتاحية

جمعية خيرية، مريض غير مؤمن عليه، المساعدة المالية .X

الحادي عشر.

XII. 1 يونيو 2015
تواريخ البداية
المراجعات سارية المفعول NH- 2016/01، 18/08/15، 2020/03، 2021/02 (تم اعتماد NH-، NHRMC، NH PeMC)، 01/2025، 12/03/2025
(النسخة الجديدة، تم إزالة 026/01، 2025/6/24، 2025/03/28
NHNHRMC و NHRMC)، 01/07/2026 (NHNHRMC، NH PeMC)،
إضافة (Pender+)؛ تم اعتماد مركز ستوكس الطبي 2026/01/06

يناير 2029
تواريخ المراجعة (بدون تغييرات) تاريخ المراجعة القادمة

ورقة التوقيع

المساعدة المالية - مستشفيات نورث كارولينا (العيادات القائمة على مقدمي الخدمة)	العنوان
NH-LD-FM-111.1	الرقم
إل دي-إف إم	الفئة
نوفانت هيلث: بالم إم سي، بي إم سي، إف إم سي (إف إم سي الرئيسي، سي إم سي، كي إم سي ومواقع أخرى)، إم إم سي، إم إم سي، ماجيش إم إم سي، بي إم سي (بي إم سي الرئيسي، كول هيه ومواقع أخرى)، آر إم سي، إس إم سي+، تي إم سي نوفانت هيلث: مركز نيو هانوفر الإقليمي الطبي، مركز بندر الطبي+	ينطبق على
تم التحديث	الأكشن

تمت الموافقة من:

التاريخ	التوقيع	تمت الموافقة عليها	العنوان
انظر الموافقة الإلكترونية		هيزر دن	نائب الرئيس الأول، خدمة دورة الإيرادات

اللجان المعتمدة من:

التاريخ	الرئيس/المدوب	اللجنة
2024/11/10	أليس بوب	الفريق التنفيذي لنيو هامبشاير
2024/24/10	قاعة أفيري، رئيسة المجلس	موافقة مجلس إقليم التراياد
2024/18/11	لورا أ. شولت، رئيسة المجلس	مجلس أمناء نوفانت هيلث
2024/25/11	كيمبرلي كيس، دكتور في الطب، ورئيسة المجلس	موافقة مجلس منطقة SPR



طلب المساعدة المالية

I. تركيبة المريض

اسم المريض:	(الأخير)	(الأول)	(في المنتصف)	(رقم الضمان الاجتماعي)(تاريخ الميلاد)
اسم الضامن:	(الأخير)	(الأول)	(في المنتصف)	(رقم الضمان الاجتماعي)(تاريخ الميلاد)
العنوان:	(ستريت)	(المدينة)	(الولاية)	(الرمز البريدي)
الهاتف:				
هل سبق لك أن تقدمت بطلب للحصول على المساعدة المالية مع أي منشأة تابعة لـ Novant Health, Inc. (مثل مجموعة Novant Health الطبية، مستشفى Novant Health، مركز Novant Health Imaging Center) في السابق؟ Yes ____ No ____ إذا كان الجواب نعم، تاريخ التقديم أم الموافقة؟ _____				

II. معلومات الأسرة

الحالة الاجتماعية (الدائرة الأولى)	متزوج	أغنية منفردة	انفصلوا	إجمالي الأسر المنزلية:
تاريخ ميلاد التابع	اسم التابعين (أرفق ورقة منفصلة للإضافة التابعين)			

III. التوظيف/الدخل

صاحب العمل المريض/الضامن:	
إجمالي الدخل الشهري: \$	
مصدر الدخل – يرجى إرفاق التحقق أو شرح الوضع الحالي	
الزوج أو مصدر دخل آخر والمبلغ الشهري الإجمالي: \$	
إجمالي دخل الأسرة السنوي الإجمالي: \$	
هل لديك حساب بنكي نشط؟	هل قدمت ضرائب للسنة السابقة؟

رابعاً. التحقق من التأمين

لا	نعم	هل لديك أي تأمين صحي؟
اسم شركة التأمين:		
لا	نعم	هل أنت موظف؟
بالنسبة لصاحب العمل الحالي أو إذا أصبحت عاطلاً عن العمل خلال آخر 90 يوماً، صاحب العمل السابق، يرجى توفير: اسم صاحب العمل (وتواريخ العمل إذا لم تعد موظفاً):		
اذكر اسم شركة التأمين التي ترعاها جهة العمل (إن وجد):		
إذا كنت عاطلاً عن العمل مؤخراً؛ هل أنت مؤهل للحصول على مزايا COBRA؟		

أشبه بأن المعلومات المقدمة صحيحة وبحسب معرفتي. أفهم أن المعلومات الاحتياطية أو المضللة ستجلبني غير مؤهل لأي مساعدة مالية. أحول الإفصاح عن أي معلومات مطلوبة للتحقق من المعلومات المقدمة وللغوترة والتحصيل وفقاً للقوانين الفيدرالية والولاية المعمول بها. قد يطلب إثبات الدخل قبل اتخاذ أي اعتبار. قد يكون إثبات الدخل المقبول على الدخول على الأسس على الشكل المطلوب على الإطلاق، ولكن ليس حصراً: نسخة من قسائم الرواتب، أو نسخة من الإقرار الضريبي للعام الماضي، أو خطاب من صاحب العمل يوضح الراتب الحالي وساعات العمل.

التاريخ:	توقيع المريض/الضامن
التاريخ:	توقيع المحاور
التاريخ:	توقيع المدير
التاريخ:	توقيع المدير
التاريخ:	توقيع نائب الرئيس
	تعليقات