

نوفّر لك هذا الطلب لأنك قد تكون مؤهلاً لبرنامج المساعدة المالية الذي نقدمه.

ولا يسري النموذج المرفق إلا على فواتير المستشفى والأطباء المعالجين بها فقط. يُرجى مراجعة سياستنا للمساعدة المالية، الملحق "أ" لمعرفة قائمة الأطباء المدرجين. ولا يتضمن ذلك النموذج أي فواتير طبية أخرى قد تكون حصلت عليها، مثل كشف بالأشعة والأطباء غير العاملين والإسعاف وغيرهم.

يجب الانتهاء من تقديم طلب الحصول على المساعدة المالية للنظر في تقديم المساعدة الشاملة أو الجزئية. **ويجب توقيع** الشخص المسؤول أدناه، وإعادة توجيه الطلب المكتمل.

من الضروري لك أن تقدم إلينا الإقرار الضريبي الفيدرالي الأخير الخاص بك من أجل إعداد المستندات الداعمة. وإذا لم تقدم إقرار الضريبة، فيُرجى توضيح وإرفاق أي اثنين من المستندات الواردة أدناه.

إقرار ضريبة الدخل الحكومية
بيان راتب صاحب العمل
مستندات كتابية واردة من مصادر الدخل
نسخ من جميع كشوفات الحسابات المصرفية خلال الأشهر الثلاثة الماضية
نموذج W-2 لضريبة الدخل
نموذج 1099 لضريبة الدخل

إذا لم تتمكن من تقديم المعلومات المطلوبة لنا، لأي سبب من الأسباب، فيُرجى إرفاق بيان مكتوب يوضح سبب عدم قدرتك على تقديم تلك المعلومات.

للحصول على أي مساعدة في إكمال الطلب أو إعادة توجيه الطلب المكتمل مباشرةً، يُرجى الرجوع إلى أحد مستشارينا الماليين على العنوان التالي

OUMC Edmond
1 S Bryant
Edmond Ok 73034

OU Medical Center
711 SL Young Blvd, Suite 100
Oklahoma City OK

يرجى الانتظار مدة ثلاثين (30) يوم عمل لعملية المراجعة. وسنبذل بقرار الجهة الخيرية في رسالة.

تذكر أنه في حالة إعادة توجيه ذلك النموذج، قد يتم إدراج فاتورتك في برنامج المساعدة المالية الذي نقدمه.

أرسل طلب الحصول على المساعدة المالية وجميع المستندات المطلوبة عبر البريد إلى:

خدمات حساب المريض
توجه إلى: إدارة البحث والمراسلات
**.10030 MacArthur Blvd
Irving, TX 75063**

طلب الحصول على المساعدة المالية

اسم المستشفى _____ رقم الحساب _____
 اسم المريض _____ رقم التأمين الاجتماعي _____
 اسم الشخص المسؤول _____ رقم التأمين الاجتماعي _____
 العنوان _____ رقم الهاتف _____

الأشخاص المُعالين داخل الأسرة

(وهذا يتضمن الزوج/الزوجة، والأطفال الأقل من 18 عامًا، وجميع الأشخاص الآخرين المطلوب إدراجهم في إقرار الضريبة الخاص بك)
 الاسم _____ العمر _____
 (الاسم الأول، والاسم الأوسط، واسم العائلة إذا كان مختلفًا عن اسم المريض)

الوظيفة (المريض/الشخص المسؤول)

اسم صاحب العمل _____ الأجر بالساعة _____ ساعات العمل في الأسبوع _____
 إجمالي الدخل الحالي أسبوعيًا أو شهريًا أو سنويًا (قبل الضرائب) _____
 إذا لم تكن موظفًا، فاذكر تاريخ آخر عمل _____

وظيفة الزوج/الزوجة

اسم صاحب العمل _____ الأجر بالساعة _____ ساعات العمل في أسبوع _____
 إجمالي الدخل الحالي أسبوعيًا أو شهريًا أو سنويًا (قبل الضرائب) _____
 إذا لم تكن موظفًا، فاذكر تاريخ آخر عمل _____

دخل آخر

الزوج/الزوجة	المريض	
		التأمين الاجتماعي
		راتب التقاعد
		إعانة بطالة
		تعويضات العاملين
		مستحقات المحاربين القدماء
		دخل إيجار السكن
		الأسهم، السندات، مدخرات 401K
		الأرباح/الفوائد
		إعالة الطفل
		نفقة الزوجة
		مصادر أخرى

هل قدّمت طلب الحصول على نظام التأمين الصحي Medicaid أو أي مساعدة حكومية/رسمية أخرى؟
 إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر رقم الحالة _____ تاريخ تقديم الطلب _____

أقرّ أنا الموقع أدناه بأنني مستحق للحصول على المساعدة المالية؛ فأنا الشخص المسؤول عن سداد المبالغ التي قد تكون مستحقة نظير الخدمات المقدمة. وأقرّ أيضًا بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأدرك أن تلك المعلومات المقدمة تخضع إلى التحقق منها. وقد يُطلب التقرير الائتماني خلال عملية المراجعة للتحقق من المعلومات المقدمة في هذا الطلب وللمساعدة في تحديد ما إذا كنت مستحقًا للحصول على المساعدة المالية أم لا. وأدرك أن تزييف المعلومات أو الخطأ في إكمال جميع النواحي المقدمة قد يؤثر سلبًا في النظر في مشاركتي بالبرنامج.

التوقيع: _____ التاريخ: _____