

نموذج الإفصاح عن الضائقة المالية
(استنادًا إلى الدخل الإجمالي السنوي للأسرة والمعالين)

اسم المريض: _____

الأخير _____ الأول _____

الزوج (الزوجة)/الشريك: _____

الأخير _____ الأول _____

عنوان المريض: _____

العنوان البريدي / عنوان الشارع _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

الدخل الإجمالي السنوي للأسرة _____ دولار أمريكي

عدد أفراد الأسرة (المريض، زوج/ شريك المريض، والمعالين) _____

البالغون: _____

القصر: _____

خطة التأمين: _____

خصم المريض/ المشاركة في السداد/ التأمين المشترك: _____

هل العلاج ناتج عن تعويض العامل، أو بسبب حوادث السيارات، أو بسبب مطالبة المسؤولية؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لديك محام؟

نعم لا

اسم المحامي: _____ رقم الهاتف: _____

يجب تقديم وثائق الدخل مع طلب لاتخاذ قرار. توثيق الدخل المطلوب هو أحدث إقرار ضريبي على الدخل الاتحادي وإثبات للدخل لجميع أفراد الأسرة المعيشية ليشمل، على سبيل المثال لا الحصر: أحدث ثلاثة كشوف للمرتبات أو بيان الضمان الاجتماعي أو مدفوعات الإعاقة أو التقاعد، وما إلى ذلك. إذا لم يكن مطلوبًا تقديم إقرار ضريبي اتحادي، فيجوز لمرضى برنامج Medicare تقديم نسخة من بيان الضمان الاجتماعي الخاص بهم للعام الحالي الذي يوضح إجمالي المبلغ المستلم شهريًا. قد يُطلب منك تقديم معلومات إضافية للمساعدة في اتخاذ القرار.

أقر أنا، الموقع أدناه، بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة. وأتفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير دقيقة، فسيتم استبعادي من التقدم بطلب للحصول على برنامج الضائقة المالية أو المشاركة فيه لمدة عام واحد على الأقل، وفقًا لتقدير Select Medical. وأدرك أيضًا أن مبلغ الإعفاء قد يتغير إذا تم تحديد معلومات إضافية للتأثير على الضائقة المالية.

توقيع ولي الأمر/ الوصي _____ الاسم بحروف واضحة _____ التاريخ _____

توقيع الشاهد _____ الاسم بحروف واضحة _____ التاريخ _____

مبلغ الإعفاء على أساس الضائقة المالية (يكمله مكتب إعداد الفواتير والتحصيل) _____ %

توقيع موافقة مشرف خدمات العملاء في مكتب إعداد الفواتير والتحصيل _____ الاسم بحروف واضحة _____ التاريخ _____

توقيع موافقة مدير خدمات العملاء في مكتب إعداد الفواتير والتحصيل _____ الاسم بحروف واضحة _____ التاريخ _____

المركز _____ رقم حساب المريض _____ قاعدة البيانات _____