

معلومات طلب المساعدة المالية من UPMC

تقدم UPMC المساعدة المالية للحصول على الرعاية الطبية التي تقدمها مرافق UPMC والأطباء المنتسبون لها وذلك للأفراد والأسر المؤهلة. يتم تقديم تخفيضات في الدفع أو رعاية طبية مجانية حسب مستوى الحاجة المالية.

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدات مالية في حالة:

- حصولك على تأمين صحي محدود أو عدم وجوده
- عدم تأهلك للحصول على المساعدة الحكومية (مثل برامج الرعاية الطبية Medicare أو المعونة الطبية Medicaid على سبيل المثال)
- القدرة على إثبات الاحتياج المالي
- الإقامة في منطقة الخدمات الأولية التابعة لأحد موفري الرعاية التابعين لبرنامج UPMC
- تزويد برنامج UPMC بالمعلومات اللازمة حول الموارد المالية للأسرة
- لديك فواتير طبية بمبلغ يفوق قدرتك على الدفع، على النحو الذي تحدده المبادئ التوجيهية لدى UPMC

حول عملية الطلب

لكي تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية من UPMC، يرجى اتباع الخطوات التالية:

- تعبئة نموذج طلب المساعدة المالية من UPMC في هذه الحزمة.

تقديم الطلب

يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته مع نسخ من مستندات إثبات الدخل بردياً إلى:

UPMC Financial Assistance

Quantum Building

2 Hot Metal St.

Pittsburgh, PA 15203

يمكن للمرضى من مستشفى Kane Community و UPMC Jameson إرسال مستندات الطلب بالبريد إلى العنوان المختص أدناه:

Kane Community Hospital

4372 Route 6

Kane, PA 16735

UPMC Jameson

Attention: Billing Office 1211 Wilmington Rd.

New Castle, PA 16105

إذا كانت لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بالرقم المجاني ٨٣٥٩-٣٧١-٨٠٠-١، والضغط على خيار ٢. تتوفر معلومات إضافية أيضاً على الويب على الموقع UPMC.com/PayMyBill.

< تضمين المستندات المؤيدة المدرجة في قائمة التدقيق.

< لاحظ أنه يجب عليك أولاً بحث مدى تأهلك لبعض أنواع المزايا التأمينية التي قد تغطي الرعاية المطلوبة لحالتك (كتعويضات العمال، وتأمين سائقي السيارات، وبرنامج Medical Assistance على سبيل المثال). يمكننا أن نساعدك بأن نوضح لك كيفية الحصول على الموارد المناسبة لهذا.

< بعد ذلك، سنفحص مستوى الدخل وحجم الأسرة لتحديد مستوى المساعدة المتوفر لحالتك، حيث نستخدم مقياساً متدرجاً يركز على الخطوط الإرشادية الفيدرالية بخصوص الفقر.

• سنكون على اتصال بك لإبلاغك بما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من UPMC.

• يمكننا معاونتك في تجهيز خطة سداد لأي رسوم أو فواتير متبقية لا تغطيها المساعدات المالية المقدمة من UPMC.

المساعدة المالية من UPMC - قائمة تدقيق الوثائق

لا بد أن يتضمن طلبك نسخًا من أي من الوثائق التالية متى انطبقت عليك. يرجى إرفاق النسخ، وليس الأصول؛ فليس بإمكان برنامج UPMC إرجاع أي مستندات مرسله مع الطلب. قد تتعطل معالجة طلبك في حالة ضياع أي من المستندات.

إذا كان لديك دخل أو أصول مثل:

- الأجرور والمرتببات، والإكراميات
 - الدخل من الأعمال
 - دخل الضمان الاجتماعي
 - دخل التقاعد أو المعاشات
 - أرباح الأسهم والفوائد
 - إيجار وعوائد حقوق الملكية
 - تعويض البطالة
- الدخل من تعويضات العمال
 - نفقة الزوجية وإعانة الأطفال
 - الأحكام القانونية
 - النقد والحسابات المصرفية، وحسابات سوق المال
 - شهادات إيداع مستحقة وصناديق الاستثمار والسندات، أو غيرها من الاستثمارات المغطاة بسهولة والتي يمكن صرفها دون عقوبة

أرفق إثباتًا إضافيًا بالدخل الأسري متضمنًا ما يلي:

- نماذج ١٠٩٩ أو خطابات المنح من الضمان الاجتماعي
 - خطابات منح تعويضات العمال أو البطالة
 - إيصالات دفع الراتب عن الأشهر الثلاثة الأخيرة
 - معظم نماذج مصلحة الضرائب ١٠٤٠ الصادرة مؤخرًا والجدول الزمنية المناسبة.
 - إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فيجب إرفاق نموذج Schedule C و/أو حساب الأرباح والخسائر
- كشوف الحسابات المصرفية وكشوف حسابات صناديق الاستثمار المشتركة، وحسابات سوق المال، وشهادات إيداع، وسندات وغيرها. (الكشوفات من آخر ٣ أشهر)
 - خطابات الدعم
 - الإيرادات الأخرى، مثل الصناديق الائتمانية، والمؤسسات الخيرية، وغيرها. (الكشوفات من آخر ٣ أشهر)

في حالة عدم وجود دخل:

- إذا لم يكن لديك مصدر دخل، فأرسل إلينا خطاب دعم. لا بد أن يُوقع الشخص، الذي يوفر لك الدعم، على الخطاب.

خطاب رفض من برنامج المساعدة الطبية Medical Assistance

- يتعين عليك تقديم طلب لبرنامج المساعدة الطبية Medical Assistance وإرسال نسخة من خطاب الرفض قبل أن تتمكن من اعتماد طلبك.

نموذج طلب المساعدة المالية بعد تعبته وتوقيعه

- يرجى تعبئة جميع أقسام هذا النموذج التي تنطبق عليك. لاحظ أنه يجب تعبئة نموذج منفصل لكل مريض يطلب مساعدة مالية.

برنامج UPMC للمساعدة المالية - نموذج الطلب

اسم المريض:	
رقم التأمين الاجتماعي الخاص بالمريض:	تاريخ ميلاد المريض:
رقم الهاتف نهارًا:	العنوان:
رقم الهاتف البديل:	المدينة:
	الولاية:
	الرمز البريدي:
	المقاطعة:
اسم صاحب العمل:	اسم صاحب عمل الزوج/الزوجة:

الخدمات المطلوبة: اختر الخدمات التي تطلب المساعدة المالية من أجل الحصول عليها.

جهة تقديم هذه الخدمات (ضع علامة على كل ما ينطبق):

مستشفيات وعيادات UPMC قسم خدمات الأطباء لدى UPMC مراكز السرطان لدى UPMC

إذا تسلمت فاتورة بالفعل، فيرجى كتابة رقم حسابك أو رقم معرف (ID) المريض: _____

هل لديك تأمين صحي؟ نعم لا

هل تقدمت بطلب لبرنامج المساعدة الطبية Medical Assistance خلال الأشهر الستة الأخيرة؟ نعم لا

< إذا أجبت بنعم، فيرجى إرفاق نسخة من خطاب الرفض.

البيانات الأسرية: اذكر جميع أفراد الأسرة، بما في ذلك من تعولهم، الذين كانوا مدرجين في أحدث نموذج IRS 1040 قدمته إلى مكتب ضريبة الدخل.

الاسماء	درجة القرابة للمريض	السن

إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما في ذلك المريض): _____

دخل الأسرة الشهري: اكتب الدخل الشهري الذي تحصل عليه أنت وأفراد الأسرة الآخرون. يرجى أيضاً إرفاق نسخ من مستندات إثبات الدخل الخاص بك (راجع قائمة تدقيق الوثائق).

الدخل الإجمالي الشهري	أنت	الزوج/الزوجة و/أو أفراد الأسرة الآخرون
الأجور/التوظيف الذاتي	\$	\$
الضمان الاجتماعي	\$	\$
الدخل من المعاش أو التقاعد	\$	\$
أرباح الأسهم والفوائد	\$	\$
الإيجارات وعوائد حقوق الملكية	\$	\$
تعويض البطالة	\$	\$
تعويض العمال	\$	\$
نفقة الزوجة المطلقة وإعانة الأطفال	\$	\$
النقدية	\$	\$
الحسابات المصرفية	\$	\$
حسابات سوق المال	\$	\$
مصادر الدخل الأخرى	\$	\$
إجمالي الدخل الشهري للأسرة	\$	\$

تعليقات إضافية:

إخلاء المسؤولية: أدرك أن المعلومات التي أقدمها ستستخدم فقط في تحديد المسؤولية المالية عن الرسوم المطلوبة مني في برنامج UPMC (الرعاية الطبية، بما في ذلك خدمات المستشفيات والأطباء)، وستُحاط هذه المعلومات بالسرية. وأدرك أنه لن يتم إرجاع المستندات التي أرسلها لإثبات مصادر دخلي وأصولي الخاصة. كما أنني أدرك أيضاً أن المعلومات التي أقوم بإرسالها والمتعلقة بالدخل السنوي لأسرتي وحجم الأسرة تخضع للتدقيق من قبل UPMC بما في ذلك، عند الاقتضاء، الحصول على معلومات مالية من أصحاب العمل والبنوك وغيرها من الكيانات المدرجة من قبلي في هذا الطلب. وأدرك أن ثبوت عدم صحة أي من المعلومات المقدّمة من جانبي قد يؤدي إلى عدم اعتماد المساعدة المالية، وسأتحمل المسؤولية عن جميع مبالغ الرسوم المقررة بأكملها.

يخول توقيعي لبرنامج UPMC تحقيق جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج. وأقرّ أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

التوقيع: _____

درجة القرابة للمريض: _____

التاريخ: _____