

معلومات طلب المساعدة المالية من UPMC

يُقدم UPMC المساعدة المالية للرعاية الطبية التي تقدمها مُنشآت UPMC والأطباء المنتسبين إلى UPMC للأفراد والأسر المؤهلين. بناءً على احتياجاتك المالية، قد تتوفر رعاية بمبالغ مخفضة أو رعاية مجانية.

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية إذا:

- لديك تأمين صحي محدود أو لا يتوفر لديك أي تأمين
- غير مؤهل للحصول على مساعدة حكومية (على سبيل المثال، برنامج Medicare أو Medicaid)
- يمكن أن تُظهر أن لديك حاجة مالية
- كنت مقيماً في منطقة الخدمة الأساسية لدى مُقدم خدمة UPMC

تقديم طلبك

يُرجى إرسال استمارة الطلب المكتملة ونسخاً من مواد إثبات الدخل إلى:

المساعدة المالية من UPMC
Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

يمكن لمرضى UPMC كين وUPMC سومرست إرسال مواد تقديم الطلب بالبريد إلى العنوان المناسب أدناه:

UPMC كين

4372 Route 6
Kane, PA 16735
814-837-8585

UPMC سومرست

عناية: أمين الصندوق
225 S. Center Avenue
Somerset, PA 15501
1-814-443-5002

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بالرقم المجاني 1-800-371-8359، اضغط على الخيار 2. كما تتوفر معلومات إضافية على شبكة الإنترنت على الموقع UPMC.com/PayMyBill.

حول عملية تقديم الطلب

للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية من UPMC، يُرجى اتباع الخطوات التالية:

- املاً استمارة طلب المساعدة المالية من UPMC في هذه الحزمة.

< قم بتضمين المستندات الداعمة المدرجة في قائمة التحقق.

< لاحظ أنه يجب عليك أولاً استكشاف ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على نوع من استحقاقات التأمين التي تغطي رعايتك (مثل تعويض العمال والتأمين على السيارات والمساعدة الطبية). يمكننا

مساعدتك في توضيح كيفية الحصول على الموارد المناسبة لهذه الأمور.

< ثم ننظر إلى دخلك وأصولك وحجم أسرته لتحديد مستوى المساعدة المتاحة لك. فنحن نستخدم جدولاً تدرجياً يستند إلى المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير.

- سنتواصل معك لإعلامك ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من UPMC أم لا.

- يمكننا مساعدتك في إعداد خطة دفع لأي رسوم أو فواتير متبقية لا تُغطيها المساعدة المالية من UPMC.

المساعدة المالية من UPMC - قائمة التحقق من المستندات

يجب أن يتضمن طلبك نسخًا من أي من المستندات التالية التي تنطبق عليك. يُرجى إرفاق نسخ، وليس نسخ أصلية، لأن UPMC لا يمكنه إرجاع أي مستندات تم إرسالها مع الطلب. في حال فقدان أي من المستندات، سيتأخر النظر في طلبك.

إذا كان لديك دخل أو أصول مثل:

- الأجرور والرواتب والإكراميات
- الدخل التجاري
- الدخل في إطار الضمان الاجتماعي
- دخل المعاشات التقاعدية أو التقاعد
- الأرباح والفوائد
- الإيجارات والعوائد
- تعويض البطالة
- دخل تعويض العمّال
- النفقة وإعالة الأطفال
- الأحكام القانونية
- حسابات النقد والحسابات المصرفية وحسابات سوق المال
- شهادات إيداع مستحقة أو صناديق استثمار مشتركة أو سندات أو استثمارات أخرى قابلة للتحويل بسهولة يمكن صرفها بدون عقوبة

أرفق إثباتًا على دخل أسرتك، والذي قد يشمل:

- نماذج الضمان الاجتماعي 1099 أو خطابات المنح
- خطابات منح تعويضات البطالة أو العمّال
- إيصال الدفع لآخر 30 يومًا
- أحدث استمارة مصلحة الضرائب 1040 والجداول الزمنية المناسبة
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فيجب عليك تضمين الإقرار الضريبي الكامل مع الجدول ج و/أو بيان الربح والخسارة أرفق إثباتًا على أصولك، والذي قد يشمل:
- الكشوف المصرفية، وبيانات الصناديق المشتركة، وحسابات أسواق المال، والدفع عند التسليم، والسندات، وما إلى ذلك (كشوف هذا الشهر أو الشهر الماضي من كل الحسابات)
- خطابات دعم
- دخل آخر، مثل الصناديق الاستثمارية، والمؤسسات الخيرية، إلخ (كشوف هذا الشهر أو الشهر الماضي)

إذا لم يكن لديك دخل:

- إذا لم يكن لديك دخل، أرسل لنا خطاب دعم. يجب على الشخص الذي يقدم لك الدعم أن يوقع على الخطاب.

خطاب رفض المساعدة الطبية

- عليك تقديم طلب للحصول على المساعدة الطبية وإرسال نسخة من خطاب الرفض قبل أن تتمكن من الموافقة على طلبك.

استمارة طلب المساعدة المالية المستكمل والموقع

- يرجى إكمال كل أجزاء الاستمارة التي تنطبق عليك. لاحظ أنه يجب إكمال طلب منفصل لكل مريض على حدة يطلب المساعدة المالية.

طلب المساعدة المالية من UPMC – استمارة الطلب

اسم المريض:	
رقم الضمان الاجتماعي للمريض:	تاريخ ميلاد المريض:
رقم الهاتف المتاح وقت النهار:	العنوان:
رقم الهاتف البديل:	المدينة:
	الولاية:
	الرمز البريدي:
	المقاطعة:
اسم صاحب العمل:	اسم صاحب العمل للزوج:

الخدمات المطلوبة: تحقق من الخدمات التي تطلب المساعدة المالية لها.

تم تقديم هذه الخدمات من قبل (حدد كل ما ينطبق):

مستشفيات وعيادات UPMC قسم خدمات الأطباء UPMC مراكز سرطان UPMC

إذا كنت قد تلقيت فاتورة بالفعل، فيرجى إعطائنا حسابك أو رقم هوية المريض: _____

هل لديك تأمين صحي؟ نعم لا

هل تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية في الأشهر الستة الماضية؟ نعم لا

< إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إرفاق نسخة من خطاب الرفض.

معلومات الأسرة: أدرج جميع أفراد أسرتك، بما في ذلك المعالين، الذين كانوا في استمارة مصلحة الضرائب 1040 الأخيرة. إذا كان لدى أحد أفراد أسرتك فاتورة طبية من UPMC منفصلة يجب أخذها في الاعتبار للحصول على المساعدة المالية، يُرجى تحديد المربع الموجود تحت "فاتورة طبية من UPMC".

الأسماء	الصلة بالمريض	العمر	UPMC فاتورة طبية
			<input type="checkbox"/>

إجمالي "عدد" أفراد "الأسرة" "بما" في "ذلك" المريض* ""

دخل الأسرة الشهري: أعط دخلاً شهرياً لنفسك ولأفراد الأسرة الآخرين. أرفق أيضاً نسخاً من مستندات إثبات الدخل والأصول (انظر قائمة التحقق من المستندات).

إجمالي الدخل الشهري	نفسك	الزوج و/أو أفراد الأسرة الآخرين
الأجور/العمل الحر	\$	\$
ضمان اجتماعي	\$	\$
دخل المعاشات التقاعدية أو التقاعد	\$	\$
الأرباح والفوائد	\$	\$
الإيجارات والعوائد	\$	\$
البطالة	\$	\$
تعويض العمال	\$	\$
النفقة وإعالة الأطفال	\$	\$
النقد	\$	\$
حسابات مصرفية	\$	\$
حسابات سوق المال	\$	\$
دخل آخر	\$	\$
إجمالي دخل الأسرة الشهري	\$	\$

تعليقات إضافية:

إخلاء مسؤولية: أفهم أن المعلومات التي أقدمها سيتم استخدامها فقط لتحديد المسؤولية المالية عن نفقاتي في UPMC (الرعاية الطبية، بما في ذلك خدمات المستشفيات والأطباء) وسيتم الحفاظ على سريتها. وأنا أفهم أن المواد التي أرسلها لإثبات دخولي وأصولي لن يتم إرجاعها. وأدرك كذلك أن المعلومات التي أقدمها بشأن دخل أسرتي السنوي وحجم أسرتي تخضع للتحقق من جانب UPMC، بما في ذلك، عند الاقتضاء، الحصول على معلومات مالية من أصحاب العمل والمصارف والكيانات الأخرى التي أدرجتها في هذا الطلب. أفهم أنه إذا تبين أن أي معلومات قدمتها خاطئة، فقد يؤدي ذلك إلى عدم الموافقة على المساعدة المالية وسأكون مسؤولاً عن المبلغ الكامل لجميع الرسوم.

يسمح توقيعي لـ UPMC التحقق من جميع المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة. أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة على حسب معرفتي.

التوقيع: _____

صلتك بالمريض: _____

التاريخ: _____