

تعليمات طلب المساعدة المالية

يُرجى الملاحظة: هذا النموذج ليس طلبًا لبرنامج California Medi-Cal

يطلب CHOC تقديم الطلب المرفق والوثائق الداعمة المدرجة أدناه لتقييم طلبك تقييمًا صحيحًا للنظر في إمكانية تخفيض تكاليف المستشفى أو الطبيب المتكبد من مستشفى CHOC في مقاطعة Orange أو مستشفى CHOC في Mission Hospital أو عيادات CHOC أو مواقع CHOC Primary Care.

يُرجى إكمال جميع أقسام الطلب. يجب إرفاق المستندات المذكورة على النحو المطلوب مع طلبك. أي طلب ينقصه معلومات أو يتم تقديمه دون المستندات الداعمة المطلوبة سيتم إعادته إليك.

تنبيه: المستندات التالية مطلوبة

يجب تقديم هذه المستندات مع طلب المساعدة المالية الخاص بك.

آخر شيكين (2) من شيكات الرواتب الأخيرة

إقرارات ضريبة الدخل الفيدرالية من العام السابق

يُرجى تقديم الوثائق التي تدعم مصادر الدخل الأخرى التالية بما في ذلك:

الدخل من العمل المستقل (للعاملين لحسابهم الخاص) الضمان الاجتماعي

دخل الإيجار إعانات البطالة

نفقة الطفل تعويضات العمال

نفقة الطلاق الإعانات الاجتماعية / الدعم المقدم إلى الأسر التي لديها أطفال معالين (AFDC)

إذا لم يكن لديك دخل، أو مستندات إثبات الدخل، يُرجى تقديم خطاب توضح فيه كيف تعول نفسك/أسرتك.

يُرجى إرسال بريد إلكتروني إلى FinancialAssistance@choc.org للحصول على رابط بريد إلكتروني آمن لتقديم طلبك والمستندات الداعمة.

يمكن أيضًا إرسال الطلب المكتمل إلى:

CHOC

CHOC Family Payment Center

1201 W. La Veta Ave

Orange, California 92868-3874

تُستخدم المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حدود الفقر المنشورة الحالية في تحديد الأهلية. سياسة المساعدة المالية لمستشفى CHOC Children's متاحة عند الطلب. إذا كنت بحاجة إلى الاتصال بالمستشفى بخصوص طلبك، يُرجى الاتصال بمركز CHOC Family Financial Resource Center على الرقم 714-509-8600.

نشكرك على اختيارك CHOC لتلبية احتياجات الرعاية الصحية لعائلتك.

معلومات عن المريض

اسم المريض:	
النوع: ذكر ☐ أنثى ☐	رقم الحساب:
تاريخ ميلاد المريض:	
تاريخ (تواريخ) الخدمة:	
اسم الضامن:	
العنوان:	
هل لدى المريض تأمين طبي؟	
نعم	لا
هل تقدم المريض بطلب للحصول على خدمات Medi-Cal أو CCS؟	
نعم	لا
عدد أفراد الأسرة / المُعالون حسب ضريبة الدخل المقدمة: (بما في ذلك جميع الأطفال من عمر 21 عامًا أو أقل)	أعمار أفراد الأسرة:

معلومات عن الدخل

معلومات عن الوالد / الضامن	معلومات عن صاحب العمل	الدخل الشهري (قبل خصم الضرائب)
اسم الوالد رقم 1	اسم صاحب العمل:	
		دولار
اسم الوالد رقم 2	اسم صاحب العمل:	
		دولار
دخل آخر:	مصدر الدخل:	
		دولار
		دولار

الدخل السنوي: دولار

أشهد بأن المعلومات المقدمة صحيحة ودقيقة على حد علمي. لقد قدمتُ أو سأقدم طلبًا للحصول على أي مساعدة (مثل Medi-Cal، أو Healthy Families، أو التأمين، وما إلى ذلك) قد تكون متاحة لتغطية تكاليف الخدمات الطبية، وأنني سأأخذ أي إجراء ضروري بشكل معقول للحصول على هذه المساعدة، وسأعَيِّن المبلغ المسترد مقابل الخدمات الطبية أو سأدفعه إلى المستشفى.

أدرك أن هذا الطلب هو أداة يستخدمها المستشفى لتقييم الأهلية للحصول على المساعدة المالية. أدرك أيضًا أن المستشفى سيتحقق من المعلومات التي قد تتضمن الحصول على تقرير ائتماني. إذا ثبت أن المعلومات التي قدمتها غير صحيحة، أو إذا فشلتُ في الامتثال لعملية الإحالة لبرنامج Medi-Cal أو Medicare أو California Children's Services أو غيرها من البرامج المحددة، فقد يؤدي ذلك إلى فقدان الحق في أن يتم النظر في طلب الحصول على برنامج المساعدة المالية.

التوقيع:	التاريخ:
الاسم:	رقم التواصل:
البريد الإلكتروني:	