



Harrisburg Medical Center
100 Dr WarrenTuttle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 351-6540

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62902
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

عزيزي المريض أو الضامن المالي:

هام: قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. سيساعد استكمال هذا الطلب في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات مجانية أو بتكلفة مخفضة، أو برامج عامة أخرى يمكن أن تسهم في تغطية تكاليف رعايتك الصحية. إذا كنت غير مؤمن عليه، فلا يلزم وجود رقم ضمان اجتماعي للتأهل للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة. نرجو أن تقدم هذا الطلب إلى المستشفى.

إذا لم تكن مشمولاً بتأمين صحي، فلا يشترط تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتأهل.

ومع ذلك، قد يطلب تقديم رقم الضمان الاجتماعي لبعض البرامج العامة، بما في ذلك برنامج Medicaid. تقديم رقم الضمان الاجتماعي ليس إلزامياً، ولكنه سيساعد المستشفى على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لأي برامج عامة.

يرجى تعبئة هذا النموذج وإرساله إلى المستشفى شخصياً أو عن طريق البريد أو عن طريق تسجيل الدخول إلى MyChart أو عن طريق الفاكس للتقدم بطلب للحصول على رعاية مجانية أو مخفضة في غضون ٩٠ يوماً بعد تاريخ الخروج أو تلقي الرعاية الخارجية.

يُفَرِّد المريض بأنه بذل جهداً واطّهر تعاوناً في تقديم جميع المعلومات المطلوبة في الطلب لمساعدة المستشفى في تحديد ما إذا كان المريض مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.

نرجو تفهم أن الحصول على مساعدة في سداد فاتورة المستشفى يتطلب الكشف عن جميع مصادر الدفع، مثل التأمين الصحي، وMedicaid، وتعويضات العمل، والتأمين ضد المسؤولية عن الاضرار بالغير، وغيرها. يجب استنفاد جميع مصادر السداد أولاً قبل النظر في تقديم المساعدة في تكاليف الرعاية الصحية.

قد لا تتطلب بعض الحالات التي قد يكون المريض مؤهلاً فيها للحصول على الأهلية التقديرية تقديم طلب رسمي. يُرجى التواصل مع المستشار المالي على الرقم المذكور أعلاه لمعرفة المزيد من التفاصيل. يُرجى إرفاق الطلب بالمعلومات التالية عند إعادته:

أ- نموذج طلب برنامج مساعدة الرعاية الصحية مكتمل، وموقع ومؤرخ.

ب- كشف من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي تم تقديمه. وإذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يجب إرفاق نموذج الجدول C. كما يُرجى إرفاق نسخة من جميع نماذج W2.

ج- نسخة من أحدث شيك أو قسيمة راتب (كعب شيك) تتعلق بالتوظيف، أو البطالة، أو الضمان الاجتماعي، أو المعاش التقاعدي، أو تعويضات العمال (أو خطاب تحديد من جهة العمل)، أو من أي مصدر دخل آخر تلقته خلال الأسابيع الثلاثة عشر الماضية (١٣ أسبوعاً). نقبل أيًا من المستندات الثلاثة التالية كإثبات للأجور:

أ. نموذج إثبات الأجور يتم تعبئته وتوقيعه من قبل جهة العمل لكل فرد ينقاضي أجراً في الأسرة. (يُرجى الرجوع إلى الطلب للحصول على هذا النموذج).
ب. نسخ من قسائم الرواتب (كعوب الشيكات) لأخر ١٣ أسبوعاً.

ج- كشف مطبوعة من أجرك من صاحب العمل لآخر ١٣ أسبوعا.

د- يجب اعتماد معلومات الأجور المذكورة أعلاه لجميع أفراد الأسرة.

٤- عند الإمكان، يُرجى تقديم إثبات المشاركة في برامج المساعدة الحكومية مثل: قسائم الطعام، أو برنامج WIC، أو Medicaid، أو Link، أو وجبات الغداء المدرسية، أو موارد رعاية الطفل، أو برنامج الإحالة.

٥- قد يُطلب منك تقديم طلب للحصول على المساعدة من جهات أخرى مناسبة، إذا تبين أنك مؤهل للاستفادة منها.

إذا رغبت في تقديم استئناف على قرارنا أو طلب إعادة النظر فيه، فيجب أن يكون ذلك كتابيًا. يُرجى ذكر سبب الاستئناف أو إرفاق أي معلومات إضافية قد تُفيد في عملية المراجعة.

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية تقديم طلب خصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو بعملية المساعدة المالية في المستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للناخب العام في ولاية إلينوي عبر الرابط www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf أو من خلال الاتصال على الرقم: 1-877-305-5145

توفر SIH الآن خيارًا إلكترونيًا مريحًا لاستكمال طلبات المساعدة في الرعاية الصحية من خلال تسجيل الدخول إلى MyChart. يُرجى زيارة الموقع www.mychart.sih.net على مدار الساعة للاطلاع على التعليمات الكاملة. يمكنك أيضًا إرسال الطلب المكتمل بالبريد إلى عنوان المنشأة التي تم إصدار الفاتورة منها.

يُكتفى بتقديم طلب واحد فقط في حال كان لديك حساب في أي من المستشفيات المذكورة أعلاه أو في جميعها. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة الطلب، يُرجى التواصل مع المستشار المالي في المنشأة المناسبة. نحن متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة ٨:٠٠ صباحًا حتى ٤:٣٠ مساءً.

إكمال هذا الطلب لا يُعفيك من مسؤوليتك المالية تجاه Southern Illinois Healthcare. وتحتفظ المؤسسة بالحق في رفض أي طلب بعد مراجعته.

مع خالص التحيات

المستشار المالي



Harrisburg Medical Center
100 Dr Warren Tuttle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 351-6540

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62902
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

طلب التقديم للحصول على المساعدة في الرعاية الصحية

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

عنوان الشارع / صندوق البريد _____ مدينة _____ حالة _____ الرمز البريدي _____

رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ (غير إلزامي)

معلومات الأسرة والأفراد الذين يعيشون في المنزل:

١. عدد الأشخاص في أسرة المريض أو منزله: _____

٢. عدد الأشخاص الذين يعولهم المريض: _____

٣. أعمار من يعولهم المريض: _____

معلومات التوظيف والدخل

1. أدخل معلومات جهة العمل الخاصة بالمريض أو زوج المريض أو شريكه.

2. إذا كان المريض قاصرا، فأدخل معلومات جهة العمل الخاصة بوالد المريض أو الوصي عليه.

المريض	الزوج	شريك الحياة	آخرين
اسم جهة عمل المريض: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي	اسم جهة العمل للزوج: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي	اسم جهة العمل للشريك: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي	اسم جهة العمل: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي
اسم جهة عمل المريض: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي	اسم جهة عمل الزوج: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي	اسم جهة عمل الشريك: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي	اسم جهة العمل: العنوان: المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي الراتب :المبلغ الإجمالي

الإيرادات الأخرى

الإيرادات الأخرى	الدخل الشهري للمريض	الدخل الشهري للزوج أو الشريك أو المعال الآخر
الراتب	\$	\$
العمل الحر	\$	\$
تعويض البطالة	\$	\$
الضمان الاجتماعي	\$	\$
معاش الضمان الاجتماعي للإعاقة	\$	\$
معاش المحاربين القدامى أو العجز	\$	\$
تعويضات العمال	\$	\$
المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة TANF	\$	\$
دخل تقاعدي	\$	\$
إعالة الطفل أو نفقة مطلق أو أي إعالة زوجية أخرى	\$	\$
الإيرادات الأخرى	\$	\$

يجب توثيق دخل الأسرة باستخدام كشوف الرواتب، أو بيانات الاستحقاقات، أو خطابات المكافآت، أو حكم محكمة، أو الإقرارات الضريبية الفيدرالية، أو أي مستندات أخرى يقدمها المريض.

*الأصول

العقارات: تملك _____ إيجار _____	البنك: حساب جاري	\$
القيمة السوقية	حساب ادخاري	\$
المبلغ المستحق:		\$
	صناديق مشتركة:	\$
سيارة / شاحنة / النوع:	الأسهم وشهادات الادخار:	\$
القيمة السوقية:	إيجار العقارات المملوكة:	\$
الدراجات النارية، القوارب، العربات السكنية، المركبات الأخرى:	آخر:	\$
القيمة السوقية		\$
		\$
		\$

لا يُطلب تقديم معلومات الأصول للمتقدمين لدى مواقع

National Health Services Corps (NHSC) ،SIH Primary Care Harrisburg ،Eldorado Primary Care ،HMC
Marion Clinic ،Logan Primary Care – West Frankfort ،Benton Community Healthcare ،Logan Primary Care
– Herrin ،Center for Medical Arts ،Anna Primary Care ،Medical Arts Clinic – Murphysboro ،West Frankfort
Family Medicine.

المصروفات الشهرية

\$	مصروفات أخرى:	\$	مدفوعات الإيجار أو فواتير المنزل:
\$		\$	المرافق
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	رعاية الطفل:
\$		\$	الغذاء والإمدادات:
\$		\$	مدفوعات السيارات:
\$		\$	الانتقالات:
\$		\$	البطاقات الائتمانية:
\$		\$	ضريبة الأملاك: (سنوية) :
	إجمالي المصاريف الشهرية		

أقرّ بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي. وسأقوم بتقديم طلب للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً لها للمساهمة في سداد فاتورة المستشفى.

أفهم أن المستشفى قد يتحقق من صحة المعلومات المقدّمة، وأفوضه بالاتصال بأي طرف ثالث لغرض التحقق من دقة هذه المعلومات. كما أدرك أنه في حال تقديمي لمعلومات غير صحيحة عن قصد، فسأعتبر غير مؤهل للحصول على المساعدة المالية، ويجوز إلغاء أي مساعدة تم منحها لي، وأتحمل حينها المسؤولية الكاملة عن سداد فاتورة المستشفى.

هل كان المريض مقيماً مستديماً أو مقيماً مؤقتاً في إلينوي عند تقديم الرعاية؟
* إذا كنت مقيماً مؤقتاً، يرجى تقديم نسخة من رخصة قيادة الزائر المؤقت

☐	☐
لا	نعم

هل كان المريض متورطاً في حادث مزعوم؟

☐	☐
لا	نعم

هل كان المريض ضحية لجريمة مزعومة؟

☐	☐
لا	نعم

هل لدى مقدم أو مقدمي الطلب أي دعوى قانونية قائمة أو أنشطة تخص الحسابات التي تطلب المساعدة لها؟

☐	☐
لا	نعم

هل لدى المتقدم (المتقدمين) أي مزايا تأمينية أو خطة ممولة من Medishare أو الوزارة؟

☐	☐
لا	نعم

المعلومات الديموغرافية الاختيارية: (ضع دائرة حول الخيار الأفضل)

* لن يكون للاستجابة أو عدم الاستجابة أي تأثير على نتيجة هذا التطبيق

العرق
من أصل إسباني أو لاتيني
ليس من أصل إسباني أو لاتيني

الجنس
ذكر
أنثى
ذكر متحول إلى أنثى
أنثى متحولة إلى ذكر

سباق
هندي أصلي أو مواطن من الأسكا
آسيوي
هندي آسيوي
أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
صيني
سكان هاواي الأصليون أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
عرق آخر
أبيض

اللغة المفضلة في التواصل

يمكن الإبلاغ عن الشكاوى أو المخاوف المتعلقة بعملية تقديم طلب خصم للمرضى غير المؤمن عليهم أو بعملية المساعدة المالية في المستشفى إلى مكتب الرعاية الصحية التابع للنائب العام في ولاية إلينوي عبر الرابط www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf :
أو من خلال الاتصال على الرقم:

1-877-305-5145

التوقيع: _____

المريض أو مقدم الطلب

التاريخ: _____

التوقيع: _____

المريض أو مقدم الطلب

التاريخ: _____

تم التحديث في 09.30.24

معلومات إضافية

يرجى استخدام هذا النموذج لتقديم أي معلومات إضافية قد تسهم في معالجة طلبك للحصول على المساعدة في تكاليف الرعاية الصحية. إذا كانت أي من العبارات أو الأسئلة التالية تنطبق على حالتك، يرجى تقديم المعلومات المطلوبة أدناه:

١. إذا كانت نفقاتك الشهرية تتجاوز دخلك الشهري، يُرجى توضيح كيفية تغطية هذه النفقات.

٢. إذا لم تُرفق إقرارك الضريبي، يُرجى توضيح السبب.

٣. إذا لم يكن لديك مصدر دخل، كيف تُعْطَى نفقاتك أو تعيل نفسك؟

٤. إذا كنت تتلقى دعماً مالياً من شخص آخر، يرجى إرفاق بيان مكتوب يوضح كيفية تقديمهم هذا الدعم.

٥. أخرى (يرجى التوضيح):

[illegible]



System Office

1239 E Main St

Carbondale IL 62901

618.457.5200

Fax 618.351.6540

إفادة بتقديم الدعم المالي

التاريخ: _____ اسم مقدم الطلب أو المريض : _____

الحسابات: _____

لمن يهمه الأمر:

أقر بأنني أقدم حاليًا الدعم التالي لمقدم الطلب المذكور أعلاه:

يتلقى مقدم الطلب مبلغًا وقدره \$ _____ شهريًا مني.

أنا لا أقدم دعمًا ماليًا مباشرًا لمقدم الطلب، بل أساعده فقط في تغطية الإيجار، والمرافق، والطعام، وما إلى ذلك.

أدرج مقدم الطلب ضمن إقراري لضريبة الدخل الفيدرالية والولائية.

أنا لا أدرج مقدم الطلب ضمن إقراري لضريبة الدخل الفيدرالية والولائية.

حسب علمي، هذا الشخص لا يتلقى مساعدة من أي جهة آخر.

بدأ هذا الترتيب في _____ وسيستمر حتى _____، ما لم

يحصل المريض على وظيفة أو يرتب ترتيبات سكنية بديلة.

_____ التاريخ

_____ توقيع الطرف المقدم للدعم المالي

_____ رقم الهاتف

_____ علاقتك بمقدم الطلب