

تفخر توفتس ميديسين (Tufts Medicine) بتقديم أفضل رعاية لكل مريض، وتقدم توفتس ميديسين (Tufts Medicine) المساعدات المالية للمرضى غير القادرين على دفع تكاليف الرعاية الطارئة والرعاية الطبية الضرورية وذلك من خلال سياستها للمساعدات المالية. ليس الغرض من المساعدات المالية المقدمة من توفتس ميديسين (Tufts Medicine) أن تغطي الرعاية غير الضرورية طبيًا، كما أنه ليس الغرض منها أيضًا تقديم خصومات على المدفوعات المشتركة للتأمين أو التأمين المشترك أو الخصومات.

يُتوقع من المرضى الذين لديهم الإمكانيات المناسبة أن يدفعوا مقابل الخدمات التي يتلقونها في توفتس ميديسين (Tufts Medicine). ومع ذلك، فإن أهلية الحصول على المساعدات المالية متاحة لك. إننا نشجع المرضى بشدة على التقدم بطلب للحصول على أي برامج مساعدة حكومية متاحة مثل MassHealth أو ConnectorCare أو Health Safety Net قبل التقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الحكومية الذي من المحتمل أن تكون مؤهلاً له إلى تأخير طلبك أو رفضه. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في التقدم بطلب للحصول على برامج المساعدة الحكومية، فيمكن أن يساعدك في التقدم أحد المنسقين الماليين في توفتس ميديسين (Tufts Medicine).

يعتمد تأهلك للاتحاق ببرامج المساعدة المالية على الملء الكامل والدقيق لطلب المساعدة المالية هذا.

### تعليمات

يرجى ملء طلب المساعدة المالية بالكامل وإرفاق نسخ من المستندات التالية لجميع المتقدمين. سيؤدي عدم إعادة إرسال جميع المستندات اللازمة خلال 30 يومًا إلى رفض الطلب. يرجى إرفاق نسخ من أي مستندات تقدمها مع الطلب مع عدم تقديم الأصول، حيث لن يمكنك استعادة أي من تلك المستندات.

املاء جميع أقسام الطلب التي تنطبق على حالتك وتأكد من التوقيع على بيان الإفادة الخطية المشفوعة بقسم في الصفحة 4

أرفق نسخة من رخصة القيادة الخاصة بك أو بطاقة هوية أخرى تحتوي على صورة أو مستندات تثبت إقامتك الحالية. أي مستند يتم تقديمه يجب أن يتضمن اسمك.

أرفق نسخة من بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بك

أرفق بعض أشكال التحقق من الدخل:

أرفق نسخة من أحدث نموذج (نماذج) W-2 الخاصة بك

إذا كان هناك تغيير حديث في دخلك، فأرفق وثائق مثل قسائم الرواتب الأخيرة (4 على الأقل)، و/أو بيانات البطالة، و/أو بيانات البنك/الاستثمار، و/أو بيانات الضمان الاجتماعي

في حالة وفاة المريض، يرجى تقديم نسخة من شهادة الوفاة وخطاب يوضح حالة التركة

ل طرح الأسئلة يرجى التواصل مع قسم التنسيق المالي في توفتس ميديسين (Tufts Medicine) على:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance

978-973-6700

أو التواصل بشكل شخصي في مواقع توفتس ميديسين (Tufts Medicine) التالية:

• مركز توفتس الطبي (Tufts Medical Center)

مبنى بيويند، الطابق الأول

260 شارع تريمونت،

بوسطن، ماساتشوستس 02111

• مركز توفتس الطبي (Tufts Medical Center)

مبنى بروجر، الطابق الأول

800 شارع واشنطن،

بوسطن، ماساتشوستس 02111

• مستشفى لويل العام

مبنى داهود، الطابق الأرضي

295 شارع فارنوم

لويل، ماساتشوستس 01854

• مستشفى لويل العام

سينتس كامبوس

1 هوسبيتال درايف، الدور الأرضي

لويل، ماساتشوستس 01852

• مستشفى ميلروزويكفيلد

585 ليبانون ستريت، جناح 101

ميلروز، ماساتشوستس 02176

• مستشفى لورانس ميموريال

الطابق الأرضي بالقرب من الرعاية العاجلة

170 جوفرنورز أفينو

ميدفورد، ماساتشوستس 02155

يرجى إرسال طلبك بعد ملئه إلى:

مركز توفتس الطبي (Tufts Medical Center)

التنسيق المالي

800 واشنطن ستريت، صندوق 475

بوسطن، ماساتشوستس 02111

## 1 نبذة عن المريض/مقدم الطلب

يرجى ملء هذا القسم الخاص بالمريض و/أو مقدم الطلب

يجب أن يكون مقدم الطلب هو المريض نفسه أو الشخص المسؤول ماليا عن المريض.

الوثائق المطلوبة: يرجى إرفاق الوثائق التي تثبت إقامتك: رخصة القيادة أو بطاقة هوية أخرى تحمل صورة أو مستندات تثبت إقامتك الحالية. أي مستند يتم تقديمه يجب أن يتضمن اسم المريض.

_____	تاريخ اليوم
_____	اسم المريض
_____	تاريخ ميلاد المريض
_____	رقم الضمان الاجتماعي للمريض
_____	رقم السجل الطبي للمريض
_____	اسم مقدم الطلب
_____	هاتف مقدم الطلب
_____	عنوان مقدم الطلب

تنسيق تاريخ الميلاد ش/ي/ع/ع/ع

## نبذة عن أسرتك المعيشية

أدرج جميع أفراد أسرتك المعيشية وتواريخ ميلادهم وعلاقتهم بمقدم الطلب.

_____	العضو رقم 1 في الأسرة المعيشية
_____	تاريخ الميلاد
_____	الصلة بالمريض
_____	العضو رقم 2 في الأسرة المعيشية
_____	تاريخ الميلاد
_____	الصلة بالمريض
_____	العضو رقم 3 في الأسرة المعيشية
_____	تاريخ الميلاد
_____	الصلة بالمريض
_____	العضو رقم 4 في الأسرة المعيشية
_____	تاريخ الميلاد
_____	الصلة بالمريض
_____	العضو رقم 5 في الأسرة المعيشية
_____	تاريخ الميلاد
_____	الصلة بالمريض

هل أنت من مواطني الولايات المتحدة؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بلا، فهل أنت مقيم دائم وتقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة\*؟  
\*إذا كان المريض مقيماً دائماً، قدم نسخة من الوثائق الرسمية.

نعم  لا

## 2 معلومات التأمين

يرجى ملء هذا القسم الخاص بتأمين المريض.

الوثائق المطلوبة: إذا كان هذا القسم منطبقاً عليك فيرجى إرفاق نسخة من بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بالمريض، والاحتمالات المرسله من برنامج Medicaid، وإخطار بالخدمات غير المغطاة تأمينياً، ووثائق تتضمن حدود التغطية من الشبكة. أي مستند يتم تقديمه يجب أن يتضمن اسم المريض.

- هل قدمت طلب التحاق ببرنامج Medicaid خلال الأشهر الستة الماضية؟  نعم  لا
- هل لديك طلب التحاق ببرنامج Medicaid سواء طلب معلق أو معتمد؟  نعم  لا
- هل تم رفض طلب التحاقك ببرنامج Medicaid؟  نعم  لا
- هل لديك تأمين صحي؟  نعم  لا
- هل تغطي خطة التأمين الصحي الخاصة بك الخدمات في توفتس ميديسين (Tufts Medicine)؟  نعم  لا
- هل هناك خدمة معينة لا تغطيها شركة التأمين الخاصة بك؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الشرح

---



---



---

## معلومات التأمين الأولية

اسم التأمين

---

عنوان التأمين

---

رقم الوثيقة/رقم المعرف

---

رقم المجموعة

---

المشترك

---

تاريخ ميلاد المشترك

/
/

العلاقة بالمشارك

---

صاحب العمل المشترك

---

تاريخ النفاذ

/
/

## بيانات التأمين الثانوي

اسم التأمين

---

عنوان التأمين

---

رقم الوثيقة/رقم المعرف

---

رقم المجموعة

---

المشترك

---

تاريخ ميلاد المشترك

/
/

العلاقة بالمشارك

---

صاحب العمل المشترك

---

تاريخ النفاذ

/
/

## 3 إجمالي الدخل الشهري والأصول

يرجى ملء هذا القسم المتعلق بالدخل المكتسب والأصول الخاصة بالمرضى وبكل فرد من أفراد الأسرة المعيشية العاملين والمدرجين في القسم 1. يرجى ذكر إجمالي الدخل، وهو الدخل قبل الضرائب والخصومات.

الوثائق المطلوبة: يرجى إرفاق الوثائق التي تثبت هذا الدخل: قسائم الرواتب، أو ضرائب الدخل، أو كشوفات W2، أو كشوفات الحسابات المصرفية، أو بيانات الوساطة، أو أي إثباتات أخرى.

يمكن ترك القسم 3 فارغاً إذا لم يكن لدى المريض وأفراد أسرته/أسرتها المعيشية أي دخل مكتسب أو أصول.

## دخل الأسرة المعيشية

(مخصص لاستخدام المنشأة فقط)	العضو رقم 1 في الأسرة المعيشية	العضو رقم 2 في الأسرة المعيشية	العضو رقم 3 في الأسرة المعيشية	العضو رقم 4 في الأسرة المعيشية	المريض
					الأجور / الرواتب / الإكراميات
					إعانات البطالة
					الضمان الاجتماعي
					دعم الطفل + النفقة
					دخل العمل الحر
					دخل الفوائد/الأرباح
					المعاش
					حساب التقاعد الفردي (IRA) / الأسهم / السندات
					إيرادات الإيجار
					دفعات الصناديق الاستثمارية
					تعويضات العمال
					استحقاقات المحاربين القدامى

## بيان عدم وجود دخل

إذا لم يكن لك دخل وكنت تتلقى الدعم المالي من شخص آخر، فيرجى مطالبتك بملء البيان أدناه والتوقيع عليه.

المريض المدعو \_\_\_\_\_  
ليس له دخل حالياً، وأنا أدعمه حالياً بالطعام والمأوى وبأي ملابس يحتاجها. كما أقدم له أيضاً مساعدة مالية بمبلغ \$ \_\_\_\_\_ دولاراً شهرياً في المتوسط.

توقيع مقدم الدعم

\_\_\_\_\_ التاريخ

## الأصول الخاصة بالأسرة المعيشية - الحسابات الجارية وحسابات التوفير

نوع الحساب	البنك/المعهد	الرصيد

نوع الحساب: جاري أو توفير.

## الأصول المعدودة الأخرى للأسرة المعيشية

نوع الحساب	البنك/المعهد	الرصيد
السندات/ الأسهم		
شهادات الإيداع		
سندات الادخار الأمريكية		
حسابات التوفير الصحي (HSA)		
شهادات الادخار		
نوادي عيد الميلاد أو العطلات		
غير ذلك		

## 4 المشقة الطبية

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. يرجى ملء هذا القسم إذا كان عليك فواتير طبية ذات قيم كبيرة. أدرج نفقات الرعاية الصحية من توفتس ميديسين (Tufts Medicine) ومقدمي الخدمات الآخرين. قد يُطلب منك تقديم مستندات لإثبات ما سبق ولكن هذا ليس مطلوباً في الوقت الحالي.

النفقات الطبية	المبلغ الإجمالي	كم مرة تكرر هذه التكلفة؟	(مخصص لاستخدام المنشأة فقط)
		<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
		<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
		<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
		<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
		<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
		<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	

## إفادة خطية مشفوعة بقسم - يجب على جميع المتقدمين التوقيع

أقسم (أو أؤكد) أن جميع المعلومات المشار إليها في هذا النموذج صحيحة وحقيقية وكاملة على قدر استطاعتي ومعرفتي واعتقادي. وأوافق على إبلاغ توفتس ميديسين (Tufts Medicine) بجميع التغييرات في الدخل أو الموارد المالية أو المعلومات الأخرى المشار إليها في هذا النموذج والتي قد تؤثر على أهليتي لتلقي المساعدة المالية في توفتس ميديسين (Tufts Medicine) وذلك في غضون أسبوع واحد من حدوث هذه التغييرات. كما أدرك أنه قد يتم الرجوع إلى معلوماتي الائتمانية وغيرها من المعلومات المالية للتحقق من بياني وأهليتي للبرنامج. وأدرك أن أمامي فترة مقدارها 30 يوماً لتقديم المستندات الداعمة الدقيقة والضرورية للنظر في حصولي على الخصم.

أي بيانات مزيفة يقدمها المريض بغرض الحصول على مساعدة مالية سوف تُرسل إلى مكتب المدعي العام في ولاية ماساتشوستس، كما أن المرضى الذين يقدمون بيانات مزيفة في طلب الالتحاق بالبرنامج سيخسرون أهليتهم للالتحاق بهذا البرنامج وسيحملون مسؤولية جميع الرسوم المتكبدة ضمن البرنامج منذ اليوم الأول للالتحاقهم بالبرنامج بأثر رجعي.

توقيع مقدم الطلب

\_\_\_\_\_  
 التاريخ

يجب على جميع المتقدمين التوقيع على الإفادة الخطية المشفوعة بقسم حتى يتم النظر في طلباتهم.