

UPMC Financial Assistance معلومات الطلب

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

تقديم الطلب

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

المساعدة المالية من UPMC

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:

UPMC Kane

4372 Route 6
Kane, PA 16735

814-837-8585

UPMC Susquehanna

مكتب المساعدة المالية
1205 Grampian Blvd.
Williamsport, PA 17701

570-326-8196 أو 1-800-433-0816

إذا كانت لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بالرقم المجاني 1-800-371-8359، والضغط على خيار 2. تتوفر معلومات إضافية أيضاً على الويب على الموقع UPMC.com/PayMyBill.

حول عملية الطلب

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

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

< 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:

كشوف الحسابات المصرفية وكشوف حسابات صناديق الاستثمار المشتركة، وحسابات سوق المال، وشهادات إيداع، وسندات وغيرها. (كشف حساب من هذا الشهر أو الشهر الأخير)
خطابات الدعم
الإيرادات الأخرى، مثل الصناديق الانتمائية، والمؤسسات الخيرية، وغيرها. (كشف حساب من هذا الشهر أو الشهر الأخير)

نماذج 1099 أو خطابات المنح من الضمان الاجتماعي
خطابات منح تعويضات العمال أو البطالة
إيصالات دفع الراتب عن الأشهر الثلاثة الأخيرة
معظم نماذج مصلحة الضرائب 1040 الصادرة مؤخرًا
والجدول الزمني المناسبة.
إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فيجب إرفاق نموذج Schedule C و/أو حساب الأرباح والخسائر

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.

المساعدة المالية من UPMC – قائمة تدقيق الوثائق

اسم المريض:	
تاريخ ميلاد المريض:	رقم التأمين الاجتماعي الخاص بالمريض:
العنوان:	رقم الهاتف للاتصال نهاراً:
المدينة:	رقم الهاتف البديل:
الولاية:	
الرمز البريدي:	المقاطعة:
اسم صاحب العمل:	اسم صاحب عمل 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. إذا كان لدى أحد أفراد الأسرة لديك فاتورة طبية منفصلة من UPMC يجب وضعها في الاعتبار من أجل المساعدة المالية، فيرجى وضع علامة أمام المربع ضمن "الفاتورة الطبية من UPMC".

الأسماء	درجة القرابة للمريض	السن	الفاتورة الطبية من UPMC

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).

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

تعليقات إضافية:

إخلاء المسؤولية: 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 المقدمة من جانبي قد يؤدي إلى عدم اعتماد المساعدة المالية، وستتحمل المسؤولية عن جميع مبالغ الرسوم المقررة بأكملها.

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

التوقيع: _____

درجة القرابة للمريض: _____

التاريخ: _____