

طلب المساعدة المالية

رقم الضمان الاجتماعي	اسم المريض ()
سكان South Carolina: نعم لا يوجد فيزا سفر: نعم لا	
مواطن أمريكي: نعم لا	رقم السجل الطبي (للاستخدام الرسمي فقط)

المريض أو الطرف المسؤول (إذا كان المريض أصغر من 18 عاماً)

الاسم ()	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الولادة ()
العنوان	المدينة	الولاية الرمز البريدي
الهاتف	حجم الأسرة (المريض الزوج أو الزوجة والفتى)	الحالة الاجتماعية
حالة التوظيف: دوام كامل طالب دوام جزئي معاق عمل حر قدامى محاربين	اسم صاحب العمل	
مدة التوظيف	مدة البطالة ()	الراتب/الدخل
هل أنت مخول بضريبة الدخل لشخص آخر؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم فيرجى ذكر ضريبة الدخل لأولئك الذين تتسلم عنهم)		
سكان South Carolina: نعم لا يوجد فيزا سفر: نعم لا		
مواطن أمريكي: نعم لا		

زوج أو زوجة/شريك حياة

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الولادة ()
حالة التوظيف: دوام كامل طالب دوام جزئي معاق عمل حر قدامى محاربين	اسم صاحب العمل	
مدة التوظيف	مدة البطالة ()	الراتب/الدخل

الفتى القانونيون كما يتم الاستلام عنهم من الضريبة (إذا كانوا أكثر من أربعة فتى استخدم ورقة منفصلة)

الاسم الكامل ()	صلة القرابة	تاريخ الولادة ()

معلومات التغطية

لقد تقدمت بطلب للمساعدة الطبية الفدرالية أو من الولاية تحققت من أهليتي لتغيير خطة رعايتي الصحية لا شيء مما ذكر السبب
لدي قضية تسوية مطالبة بخصوص إصابة شخصية مطالبة بتعويض مطالبة بتعويض موظف لا شيء مما ذكر اسم المحامي
التأمين متوفر من خلال: صاحب العمل الذي أعمل لديه صاحب عمل الزوج/الزوجة Cobra لا شيء مما ذكر معلومات التأمين

هل تقدمت أنت أو أحد أفراد أسرتك بطلب للحصول على تغطية من Medicaid خلال آخر 3 أشهر؟ نعم لا
من الذي تقدم المقاطعة التي تقدم فيها

تاريخ تقديم الطلب

اسم الموظف المسؤول عن الحالة

تقدمت بطلب للحصول على ضمان اجتماعي للإعاقة. نعم لا

إذا كنت قد تقدمت فما هي الحالة: رفض طعن على مستوى المحامي معلقة موافق عليها في حال
حصلت عليها مؤخراً أرفق رسالة موافقة الضمان الاجتماعي الحالية أو رسالة منح الإعاقة للزوج/الزوجة وأي أطفال.

حساب (حسابات) البنوك (مثلاً 401k أو 403b أو سوق مالي أو شهادة ايداع أو أسهم أو سندات أو توفير أو استثمارات)

اسم الشركة	نوع الحساب/القيمة	اسم الشركة	نوع الحساب/القيمة

عقارات

النوع	التفاصيل	القيمة المقدرة	الحساب المدفوع
السكن الرئيسي	ملك إيجار		
سكن ثانوي/منزل إجازة			
الأرض (عدد الفدادين)			
عقار بالإيجار			
عمل تجاري/معدات زراعية			
غير ذلك/مركبة (مركبات) للترفيه			

مصادر الدخل (قدم وثائق لأي من التالية)

وصف الدخل	المصدر	مقدار الدخل الشهري
الفائدة/الإيرادات		
مخصصات/تقاعد		
تأجير/عقار		
الاستثمارات		
عمل حر (يتطلب تقديم للحصول على عوائد ضريبة للعمل التجاري والفردي)		
غير ذلك		

إقرار

أفهم بأن هذا الطلب ينطبق على الخدمات التي يقدمها النظام الصحي (Prisma Health) وشركة شركاء الصحة Prisma Health, Inc. وهذا لا ينطبق على خدمات قدمها آخرون قد يكونوا ساعدوني في رعايتي. أفهم بأنه ليس جميع الخدمات التي تقدمها Prisma Health للمساعدة المالية.

تحتفظ Prisma Health بالحق في الموافقة على المساعدة المالية وتأمين سبل سداد بديلة أو التحصيل نتيجة لمعلومات تم اكتشافها حديثاً بما في ذلك تغطية تأمين أو حصول مقدم الطلب على دفعة أو حصول المتقدم على تعويض من مطالبة بسبب إصابة شخصية ذات صلة بالخدمات التي تلقاها مقدم الطلب أو التي يطلب الحصول عليها. سينتج عن جميع الدفعات التي يجري تلقيها بعد الحصول على المساعدة المالية من Prisma Health عكس المبالغ المعدلة لتغطية حسابات الدفع الذاتي المتبقية بدون عمل حساب مستحق أو حساب مدين.

أقر بموجبي بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم بأن تقديم معلومات غير صحيحة قد يؤدي إلى رفض الطلب. في حال قررت أي جهة بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب غير صحيحة في أي وقت من الأوقات فإن المساعدة المالية التي أحصل عليها من Prisma Health يمكن إلغاؤها وسأكون مسؤولاً عن دفع مبلغ الحساب الأصلي. وأفهم أيضاً بأنه في حال تغيير أي معلومات أقدمها فإنه يتوجب عليّ إبلاغ Prisma Health على الفور.

توقيع المريض/الطرف المسؤول	التاريخ ()

Financial Assistance
255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
Greenville, S.C. 29615