

## استمارة استئناف طلب الحصول على المساعدات المالية الخاص بالمركز الطبي Vanderbilt University Medical Center

يلتزم VUMC بتقديم الرعاية لجميع المرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. وقد يتأهل المرضى غير القادرين على الدفع مقابل الخدمات للحصول على مساعدة مالية. يرجى إكمال الاستمارة التالية وإعادة إرسالها ليتم تقييمها للحصول على المساعدة المالية.

اسم مقدم الطلب (الاسم الأول، اسم العائلة)	أماكن الخدمات وتواريخها	رقم الحساب (أرقام الحسابات)
---	-------------------------	-----------------------------

التعليمات: اكمل الطلب وأرفق نسخاً (بدون نسخ أصلية) من الوثائق التالية:

- الإقرارات الضريبية والجداول الزمنية الدائمة (للعامين السابقين)
  - الضمان الاجتماعي/مخصصات الإعاقة\* (إن وجدت)
  - استمارة W-2 أو بيانات إثبات طلب البطالة\*
  - \*لا تُقبل الخطابات الموثقة
- كعوب شيكات الأجر\* (آخر 3 أشهر)
- خطابات قسائم الطعام\* (إن وجدت)

## اسم المريض/الطرف المسؤول

الاسم (الاسم الأول، الإسم الأوسط، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة)
العنوان	المدينة	الولاية
هاتف	عدد أفراد الأسرة (المريض، شريك الحياة، الأولاد)	الرمز البريدي
الحالة الوظيفية	هل أنت طالب؟	الحالة الاجتماعية
أعمل <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	إذا كانت إجابتك "بنعم" للإشارة إلى حادثة بالسيارة أو حادثة لها علاقة بالعمل، فيرجى النقر هنا: ستنتقل عند الإجابة عن هذه الأسئلة إلى الجزء التالي من إجراءات الموافقة على طلب الحصول على المساعدات المالية.
عاطل عن العمل <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	هل وقع الأمر نتيجة حادثة بالسيارة أو حادثة لها علاقة بالعمل؟
اسم صاحب العمل	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
تاريخ البطالة عن العمل/المدة (شهر / يوم / سنة)	هل قام أحد آخر بإضافتك على عائلته الضريبية؟	نعم <input type="checkbox"/>
مدة العمل	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	إذا كانت إجابتك بنعم، فيرجى تزويدنا بهذه العائدات الضريبية	

الاستئناف/التعليقات:

## الإقرار

أقر بأن جميع المعلومات المذكورة صحيحة وحقيقية على حد علمي. وأدرك أنه قد يتم استخدام هذه المعلومات للتأكد من قدرتي على الدفع مقابل الخدمات المقدمة من VUMC أو أي من الكيانات التابعة له، كما أنني أعطي الإذن لـ VUMC وجميع العيادات والمستشفيات والكيانات التابعة له للمشاركة بالمعلومات اللازمة للنظر في طلب المساعدة المالية الخاص بي. وأمنح بموجب الإذن لـ VUMC وجميع ممثليه وكافة الكيانات التابعة له أو الوكلاء للتحقق من المعلومات الواردة هنا، والحصول على تقارير الائتمان.

توقيع المريض/الطرف المسؤول	التاريخ (شهر / يوم / سنة)
توقيع الزوج(ة)/الشريك(ة)	التاريخ (شهر / يوم / سنة)

سوف تتلقى في غضون 4 إلى 6 أسابيع خطاباً لإبلاغك بما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية لإحدى الخدمات المعتمدة. إذا تلقيت خطاب اعتماد، فهذا لا يعني الموافقة على منحك مساعدة مالية لجميع الخدمات المقدمة في VUMC أو الخدمات المستقبلية. يُرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء الخاص بفتاير المرضى في VUMC على الرقم 888-274-7849 للحصول على مساعدة في إعادة التقدم بطلب. ويمكنك أيضاً إرسال طلب جديد عبر البريد الإلكتروني أو البريد. إذا تلقيت خطاباً يفيد بأنك غير مؤهل للحصول على مساعدة مالية وكنت ترغب في استئناف القرار، فيمكنك ذلك من خلال إرسال استمارة استئناف طلب المساعدة المالية من VUMC بعد إكمالها، على البريد الإلكتروني أو عبر البريد أو الفاكس، مع إرفاق إثبات دخل. يرجى ملاحظة أن العنوان أذناه خاص بالتقديم عن طريق البريد فقط.

Revenue Cycle Department of Finance

3841 Green Hills Village Drive, Suite 200

NASHVILLE, TN 37215

هاتف - (615) 936-0910

الفاكس - (615) 936-0620

financial.assistance@vumc.org