

**Vanderbilt University Medical Center Appeal Request For Financial Assistance**  
استمارة استئناف طلب الحصول على المساعدات المالية الخاص بالمركز الطبي في جامعة فاندربيلت

يلتزم المركز الطبي في جامعة فاندربيلت بتقديم الرعاية لكافة المرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. وقد يتأهل المرضى الغير قادرين على الدفع للحصول على مساعدة مالية. يرجى ملئ وتقديم النموذج التالي ليتم تقييمه للحصول على المساعدة المالية.

رقم الحساب	تاريخ الخدمة ومكانها	الاسم بالكامل (الاسم الأول، اسم الأب، اسم العائلة)
------------	----------------------	--

**التعليمات:** أكمل الطلب وارفق صورة (بدون نسخ أصلية) من الوثائق التالية:

- الإقرارات الضريبية والجدول الزمنية الداعمة (للعامين السابقين)
- الضمان الاجتماعي / مخصصات الإعاقة (إن وجد)
- وثيقة W-2 أو بيانات إثبات طلب البطالة
- \* لا يتم قبول الرسائل الموثقة

- كعب الشيك (آخر ثلاثة أشهر)
- خطاب قسائم الطعام (إن وجد)

**اسم المريض/الطرف المسؤول**

تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم بالكامل (الاسم الأول، اسم الأب، اسم العائلة)
الرمز البريدي	الولاية	العنوان
الحالة الاجتماعية	عدد أفراد العائلة (المريض، شريك الحياة، الأولاد)	رقم الهاتف
اسم الشركة أو صاحب العمل	الحالة الوظيفية	□ دوام كامل □ دوام جزئي □ عمل حر □ عاطل عن العمل □ طالب
هل قام أحد آخر بإضافتك على عائداته الضريبية ؟ □ نعم □ لا إذا كانت إجابتك بنعم، يرجى تزويدنا بهذه العائدات الضريبية	تاريخ البطالة عن العمل / المدة (الشهر/اليوم/السنة)	مدة العمل

**الاستئناف/ التعليقات**

--

**الإقرار**

أقر بأن كافة المعلومات المدرجة صحيحة حسب علمي، وأدرك أنه قد يتم استخدام هذه المعلومات للتأكد من قدرتي على الدفع للخدمات المقدمة من المركز الطبي في جامعة فاندربيلت أو أي من الكيانات التابعة لها. كما أنني أعطي الإذن للمركز الطبي في جامعة فاندربيلت وجميع العيادات والمستشفيات والكيانات التابعة لها للمشاركة بالمعلومات اللازمة للنظر في طلب المساعدة المالية الخاص بي. وامنح بموجبه الإذن للمركز الطبي بجامعة فاندربيلت وجميع ممثليها وكافة الكيانات التابعة لها أو الوكلاء للتحقق من المعلومات الواردة هنا والحصول على تقارير الإنتمان.

تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	توقيع المريض/الطرف المسؤول
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	توقيع الزوج/الزوجة - شريك الحياة

سوف تتلقى في غضون 4 إلى 6 أسابيع خطابا لإبلاغك فيما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية. علما بأن خطاب الموافقة هذا، لا يعني بأنه تم الموافقة على جميع الخدمات التي سوف تتلقاها بالمركز الطبي في جامعة فاندربيلت أو أن الخدمات المستقبلية ستتم الموافقة عليها للحصول على مساعدة مالية. يرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء الخاص بفواتير المرضى بالمركز الطبي في جامعة فاندربيلت على رقم: 888-274-7849 لإعادة تقديم الطلب. يمكنك أيضا إرسال الطلب الجديد عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. إذا تلتفت رسالة تخطرك بعدم أهليتك للحصول على مساعدة مالية وترغب في طلب استئناف القرار، فيمكنك عمل ذلك عن طريق ملئ استمارة استئناف طلب المساعدات المالية من المركز الطبي في جامعة فاندربيلت وإرسالها عن طريق البريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس .

المكتب الإداري في فاندربيلت (VUMC Business Office)

719 Thompson Lane, Suite 30330

Nashville, TN 37204

(615)936-0910

للخدمات التي توفرها مستشفى فاندربيلت ويلسون كاوتني (Vanderbilt Wilson County Hospital) قبل تاريخ 23 إبريل 2020، يرجى الاتصال على رقم (866) 402-3211

financial.assistance@vumc.org

الفاكس : (615) 936-0620