

Vanderbilt University Medical Center Financial Assistance Application
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)
<p>التعليمات: أكمل الطلب وارفق صورة (بدون نسخ أصلية) من الوثائق التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الإقرارات الضريبية والجداول الزمنية الداعمة (للعامين السابقين) • الضمان الاجتماعي / مخصصات الإعاقة (إن وجد) • وثيقة W-2 أو بيانات إثبات طلب البطالة <p>* لا يتم قبول الرسائل الموثقة</p>		

اسم المريض/الطرف المسؤول

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

الزوج/الزوجة - شريك الحياة

الاسم بالكامل (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
الحالة الوظيفية	اسم الشركة أو طاحب العمل	□ دوام كامل □ دوام جزئي □ عمل حر □ عاطل عن العمل □ طالب
مدة العمل	تاريخ البطالة عن العمل / المدة (الشهر/اليوم/السنة)	

المعالين/ الأولاد (إذا كان لديك أكثر من ثلاثة معالين، يرجى استخدام ورقة منفصلة)

الاسم بالكامل	صلة القرابة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
-1		
-2		
-3		

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 الإئتمان.

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

سوف تتلقى في غضون 4 إلى 6 أسابيع خطاباً لإبلاغك فيما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية. علماً 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 أيضاً إرسال الطلب الجديد عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. إذا تلقيت رسالة تخطرك بعدم أهليتك للحصول على مساعدة مالية وترغب في طلب استئناف القرار، فيمكنك عمل ذلك عن طريق ملئ استمارة 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 كونتي (Vanderbilt Wilson County Hospital) قبل تاريخ 23 إبريل 2020، يرجى الاتصال على رقم 402-3211 (866)

financial.assistance@vumc.org

الفاكس : (615) 936-0620