

استمارة 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 الأب، اسم العائلة)	أماكن الخدمات وتواريخها	رقم الحساب (أرقام الحسابات)
---	-------------------------	-----------------------------

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

- الإقرارات الضريبية والجدول الزمنية الدائمة (للعامين السابقين)
- الضمان الاجتماعي/مخصصات الإعاقة\* (إن وجدت)
- استمارة W-2 أو بيانات إثبات طلب البطالة\*
- \*لا تقبل الخطابات الموثقة

اسم المريض/الطرف المسؤول

الاسم (الاسم الأول، اسم الأب، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
العنوان	المدينة	الولاية
هاتف	عدد أفراد الأسرة (المريض، شريك الحياة، الأولاد)	الحالة الاجتماعية
الحالة الوظيفية	اسم صاحب العمل	طالب <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> عمل حر <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/>
مدة العمل	تاريخ البطالة عن العمل/المدة (يوم/شهر/سنة)	هل قام أحد آخر بإضافتك على عائلته الضريبية؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> (إذا كانت إجابتك بنعم، فيرجى تزويدنا بهذه العائلات الضريبية)

الزوج(ة)/الشريك(ة)

الاسم (الاسم الأول، اسم الأب، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
الحالة الوظيفية	اسم صاحب العمل	طالب <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> عمل حر <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/>
مدة العمل	تاريخ البطالة عن العمل/المدة (يوم/شهر/سنة)	

المعالون/الأولاد (إذا كان لديك أكثر من ثلاثة معالين، فيرجى استخدام ورقة منفصلة)

الاسم بالكامل	صلة القرابة	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
1.		
2.		
3.		

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 بموجبه 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 (يوم/شهر/سنة)
توقيع الزوج(ة)/الشريك(ة)	التاريخ (يوم/شهر/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. يرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء الخاص بفواتير 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.