VANDERBILT UNIVERSITY

MEDICAL CENTER

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: أكمل الطلب وأرفق نسخًا (بدون نسخ أصلية) من الوثائق التالية:

- **الإقرارات الضريبية والجداول الزمنية الداعمة (للعامين السابقين)**
- **الضمان الاجتماعي / الإعاقة، أو نموذج W-2 ، أو إثبات البطالة (إذا كان ينطبق)**
- كعوب شيكات **الراتب* (آخر 3 أشهر)**
- **خطابات قسائم الطعام (إذا كان ينطبق)**

موقع (مواقع) تقديم الخدمات

- ☐ **مركز Vanderbilt Medical Center (VUMC)**
- ☐ **مستشفى Vanderbilt Wilson County (VWCH)**
- ☐ **مستشفى Vanderbilt Tullahoma-Harton (VTHH)**
- ☐ **مستشفى Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH)**

إسم المريض / الطرف المسؤولالاسم (الاسم *الأول، اسم الأب، اسم العائلة*)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (*يوم/شهر/سنة*)
العنوان	**المدينة**	**الولاية** / **الرمز البريدي**
هاتف	**عدد أفراد الأسرة (المريض، شريك الحياة، الأولاد)**	**الحالة الاجتماعية**
الحالة الوظيفية ☐ **دوام كامل** ☐ **دوام جزئي** ☐ **عمل حر** ☐ **عاطل عن العمل** ☐ **طالب**		**اسم صاحب العمل**
مدة العمل	**تاريخ البطالة عن العمل/المدة (*يوم/شهر/سنة*)**	**هل قام أحد آخر بإضافتك على عائداته الضريبية؟** ☐ **نعم** ☐ **لا** **(إذا كانت إجابتك بنعم، فيرجى تزويدنا بهذه العائدات الضريبية)**

الزوج(ة)/الشريك(ة)

الاسم (الاسم *الأول، اسم الأب، اسم العائلة*)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (*يوم/شهر/سنة*)
الحالة الوظيفية ☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ عمل حر ☐ عاطل عن العمل ☐ طالب		اسم صاحب العمل
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

أقرّ 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*)**

في خلال مدة تتراوح بين 4 و6 أسابيع، ستتلقى خطابًا لإبلاغك بما إذا كنت مؤهلًا للحصول على المساعدة المالية. إذا تلقيتَ خطاب اعتماد، فهذا لا يعني الموافقة على منحك مساعدة مالية لجميع الخدمات المُقدمة في VUMC أو الخدمات المستقبلية. يُرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء الخاص بفواتير المرضى في VUMC على الرقم 888-274-7849 للحصول على مساعدة في إعادة تقديم طلب. يمكنك أيضا إرسال طلب جديد عن طريق البريد أو البريد الالكتروني إذا تلقيت خطابًا لإعلامك بأنك لست مؤهلًا للحصول على المساعدة المالية لكنك ترغب في الطعن في هذا القرار، يُمكنك الطعن في القرار من خلال إكمال طلب استئناف المساعدة المالية لمركز VUMC بالكامل ثم إرساله عن طريق البريد الإلكتروني، أو البريد العادي، أو الفاكس.

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
719 Thompson Lane, Suite 30330
NASHVILLE, TN 37204
936-0910 (615) - Phone
936-0620 (615) - Fax
FINANCIAL.ASSISTANCE@VUMC.ORG