

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)	تواريخ الخدمة	رقم الحساب (أرقام الحسابات)
---	---------------	-----------------------------

التعليمات: أكمل الطلب وأرفق نسختاً (بدون نسخ أصلية) من الوثائق التالية: موقع (مواقع) تقديم الخدمات

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

- الإفقرات الضريبية والجدول 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)

إسم المريض / الطرف المسؤول الاسم (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 الوظيفية		اسم صاحب العمل		
<input type="checkbox"/> دوام كامل	<input type="checkbox"/> دوام جزئي	<input type="checkbox"/> عمل حر	<input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> طالب
مدة العمل		تاريخ البطالة عن العمل/المدة (يوم/شهر/سنة)		
		هل قام أحد آخر بإضافتك على عائداته الضريبية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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		اسم صاحب العمل		
<input type="checkbox"/> دوام كامل	<input type="checkbox"/> دوام جزئي	<input type="checkbox"/> عمل حر	<input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> طالب
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 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 (يوم/شهر/سنة)
توقيع الزوج(ة)/الشريك(ة)	التاريخ (يوم/شهر/سنة)

في خلال مدة تتراوح بين 4 و6 أسابيع، سنتلقى خطاباً لإبلاغك بما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية. إذا تلتقيت خطاب اعتماد، فهذا لا يعني الموافقة على منحك مساعدة مالية لجميع الخدمات المقدمة 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 أيضاً إرسال طلب جديد عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني إذا تلتقيت خطاباً لإعلامك بأنك لست مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية لكذلك 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