

نموذج طلب تلقي المساعدات المالية لدى Vanderbilt University Medical Center

يلتزم مركز Vanderbilt University Medical Center (ويُشار إليه فيما يلي اختصارًا باسم «مركز VUMC») بتقديم خدمات الرعاية إلى جميع أصحاب الحالات بصرف النظر عن قدرتهم على سداد مقابل هذه الخدمات. ويجوز أن يستحق مَنْ يتعدّر عليهم سداد مقابل هذه الخدمات تلقي المساعدات المالية في هذا الشأن. فيرجى إكمال هذا النموذج وإعادته ليُنظر فيه للوقوف على استحقاق تلقي المساعدات المالية.

اسم مقدم الطلب (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	تواريخ تلقي الخدمات	أرقام الحسابات
الإرشادات: أكمل الطلب وأرفق به نسخ من هذه المستندات (وليس أصولها):		
<ul style="list-style-type: none"> • الإقرارات الضريبية والجدول المؤيدة لها (عن العاملين السابقين) • رقم الضمان الاجتماعي، أو الضمان الاجتماعي لذوي القدرات الخاصة، أو النموذج (W-2)، أو إعانات البطالة (إن وُجدت) • كعوب شيكات الأجر (عن الأشهر الثلاثة الأخيرة)* • خطابات قسائم الطعام (إن وُجدت)* 		
أماكن تلقي الخدمات		
<input type="checkbox"/>	مركز Vanderbilt University Medical Center (VUMC)	
<input type="checkbox"/>	مستشفى Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH)	
<input type="checkbox"/>	مستشفى Vanderbilt Tullahoma-Hardin (VTHH)	
<input type="checkbox"/>	مستشفى Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH)	
صاحب الحالة أو المسؤول عنه		

الاسم (الاسم الأول، الإسم الأوسط، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
العنوان	المدينة	الولاية
هاتف	عدد أفراد الأسرة (المريض، شريك الحياة، الأولاد)	الرمز البريدي
الحالة الوظيفية	هل أنت طالب؟	هل وقع الأمر نتيجة حادثة بالسيارة أو حادثة لها علاقة بالعمل؟
<input type="checkbox"/> أعمل	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا
مدة العمل	تاريخ البطالة عن العمل/المدة (شهر/يوم/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/الزوجة أو الشريك

الاسم (الاسم الأول، الإسم الأوسط، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
العنوان	المدينة	الولاية
هاتف	عدد أفراد الأسرة (المريض، شريك الحياة، الأولاد)	الرمز البريدي
الحالة الوظيفية	هل أنت طالب؟	هل وقع الأمر نتيجة حادثة بالسيارة أو حادثة لها علاقة بالعمل؟
<input type="checkbox"/> أعمل	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> عاطل عن العمل	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا
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)

المُعالون (إن كانوا أكثر من 3 أفراد، فاكتب بياناتهم في صفحة أخرى)

الاسم كاملاً	الصلة	تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة)
1.		
2.		
3.		

إقرار

أقرُّ، أنا، المُوقَّع أدناه، وإلى حد علمي، بأن جميع المعلومات المُقدَّمة في هذا النموذج دقيقة وصحيحة. وأقرُّ، كذلك، بأنه من المُزمع الاستعانة بهذه البيانات للتحقق من قدرتي على سداد مقابل الخدمات التي يُقدِّمها لي مركز VUMC أو الجهات التابعة لها. وأقرُّ، أيضًا، بأنني أعطيت بموجبه الإذن لمركز VUMC وجميع العيادات والمستشفيات والجهات التابعة له بمشاركة هذه البيانات، وفق مقتضى الأحوال، بقصد النظر في طلب تلقي المساعدات المالية الذي قدَّمته. وأقرُّ، فضلًا على ذلك، بأنني أعطيت بموجبه الإذن لمركز VUMC وجميع الجهات التابعة له وممثليه ووكلائه بالتحقق من صحة البيانات المُقدَّمة في هذا النموذج وكذلك الإذن للحصول على التقارير الائتمانية ذات الصلة.

التاريخ (الشهر، اليوم، السنة)	توقيع صاحب الحالة أو المسؤول عنه
التاريخ (الشهر، اليوم، السنة)	خطة الزوج/الزوجة أو الشريك

ستتلقى، في غضون مدة تتراوح ما بين 4 أسابيع إلى 6 أسابيع، خطابًا لإخطارك بشأن حالتك من ناحية استحقاق تلقي المساعدات المالية. فإن تلقيت الخطاب بالموافقة على ذلك؛ فليس معناه أنك قد مُنحت الموافقة لتلقي المساعدات المالية بشأن جميع الخدمات التي يُقدِّمها مركز VUMC في الوقت الراهن أو تلك التي قد يُقدِّمها مستقبلاً. ويُرجى التواصل مع فريق خدمة العملاء بشأن معاملات السداد لدى المركز (VUMC Patient Billing Customer Service Team) عن طريق رقم 888-274-7849 لإعادة تقديم الطلب. ويمكنك، كذلك، تقديم طلب جديد عن طريق البريد الإلكتروني أو البريد العادي. وأما إن تلقيت خطاب وكان مفاده أنك من غير مستحقي تلقي تلك المساعدات المالية، وأردت أن تستأنف ضد هذا القرار، فيمكنك استئنافه بأن تُرسل نموذج طلب الاستئناف لتحصيل المساعدات المالية لدى المركز (VUMC Financial Assistance Appeal Application)، بعد إكماله، وذلك عن طريق البريد الإلكتروني أو البريد العادي أو الفاكس. يرجى ملاحظة أن العنوان أدناه خاص بالتقديم عن طريق البريد فقط.

Revenue Cycle Department of Finance
3841 Green Hills Village Drive, Suite 200
NASHVILLE, TN 37215
هاتف - (615) 936-0910
الفاكس - (615) 936-0620
financial.assistance@vumc.org