

يعتز برنامج هالمارك Hallmark الصحي بتقديم أفضل رعاية لكل مريض. يقدم برنامج هالمارك Hallmark الصحي مساعدة مالية من خلال سياسة المساعدة المالية خاصته للمرضى الغير قادرين على الدفع من أجل الرعاية الضرورية الطبية أو الطارئة. لا تهدف المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي إلى تغطية الرعاية المتعلقة بالحالات الغير طارئة، الغير عاجلة. كما أنها لا تهدف إلى تقديم خصومات على السداد المشترك للتأمين، التأمين المشترك، أو الخصومات.

يتوقع من المرضى الذين لديهم الموارد أن يقوموا بالدفع من أجل الخدمات المتلقاة في نظام هالمارك Hallmark الصحي. على الرغم من ذلك، فإن الأهلية للحصول على المساعدة المالية متاحة من أجلكم. يتم حث المرضى بقوة على التقدم لأي من برامج المساعدة الحكومية المتاحة، مثل ماس هيلث MassHealth، أو شبكة السلامة الصحية Health Safety Net، قبل التقدم لبرنامج المساعدة المالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. قد ينتج عن الإخفاق في التقدم لبرنامج مساعدة حكومي والذي قد يحتمل أن تكونوا مستحقين له؛ قد ينتج عن ذلك تأخر أو رفض لطلبكم. إذا كنتم في حاجة إلى مساعدة في التقدم لبرامج المساعدة الحكومية، بإستطاعة أحد مستشارينا الماليين بنظام هالمارك Hallmark الصحي تقديم المساعدة.

إن أهليتك وجدارتك للحصول على برامج المساعدة المالية تعتمد على إكمالكم الشامل والدقيق لهذا الطلب الخاص بالمساعدة المالية.

### الإرشادات الخاصة بالطلب

يرجاء إكمال الطلب الخاص بالمساعدة المالية بشكل كلي مع إدراج نسخ من المستندات التالية لجميع المتقدمين. سوف يؤدي الإخفاق في إعادة جميع المستندات الضرورية في غضون 30 يوماً إلى رفض الطلب. برجاء إرفاق نسخ من أي مستندات مرسله حيث أنه للأسف لا يمكن إعادتهم.

- أكمل جميع الأقسام معمول بها في الطلب مع التأكد من التوقيع على البيان الخاص بالشهادة في صفحة 4.
- قم بإدراج نسخة من رخصة القيادة الخاصة بكم، هوية مصورة أخرى، أو مستندات تثبت محل إقامتكم الحالي. يجب أن يحتوي أي مستند مرسل على إسمكم وعنوانكم الحالي.
- قم بإدراج نسخة من بطاقة (بطاقات) التأمين الخاصة بكم.
- قم بإدراج بعض الإستثمارات الخاصة بالتحقق من الدخل:
  - قم بإدراج نسخة من أحدث W2 أو وصولات دفع (4 في حالة الدفع بشكل اسبوعي، 2 في حالة الدفع كل أسبوعين)
  - إذا كان هناك تغير حديث في الدخل، قم بإدراج مستند ما مثل تصاريح بطالة، كشوفات حساب بنكية/ بيانات تمويلية، بيانات بالرعاية طويلة الأمد، بيانات المعاش التقاعدي، و/ أو بيانات الضمان الاجتماعي.
  - في حالة وفاة المريض، برجاء تقديم نسخة من شهادة الوفاة وخطاب يوضح الحالة الخاصة بالتملكات.

### المستشارين الماليين:

للمساعدة في إنهاء الطلب الخاص بكم برجاء التواصل على الرقم **781-338-7111** لترتيب موعد مع أحد المستشارين الماليين لنظام هالمارك Hallmark الصحي. يتواجد المستشارين الماليين بالمواقع: مستشفى ميلروز واكفيلد، 585 شارع لبنان، Lebanon St.، الطابق الأول بالقرب من المدخل الخاص بشارع بورتير Porter St.، ميلروز أو مستشفى لورينس ميموريال، 170 جافرنرز أفينو، Governors Ave.، بجوار قسم الطوارئ، ميدفورد.

### برجاء إرسال طلبكم المكتمل إلى:

نظام هالمارك Hallmark الصحي  
 المستشارين الماليين

170 جافرنرز أفينو، Governors Ave.  
 ميدفورد، ماساتشوستس 02155

## جزء 1: معلومات عن المريض

إسم المريض:		
الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي SSN للمريض:	تاريخ ميلاد المريض:
العنوان الحالي:		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
هل أنت مواطن تابع للولايات المتحدة الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة لا، هل أنت من السكان الدائمين، المقيمين بشكل قانوني بالولايات المتحدة الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

## معلومات تخص مقدم الطلب (إذا كانت مختلفة عن معلومات المريض بالأعلى)

إما أن يكون مقدم الطلب هو المريض نفسه أو الشخص المسئول مالياً عن المريض.		
إسم مقدم الطلب:		
العنوان الحالي لمقدم الطلب:		
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
الهاتف الخاص بمقدم الطلب:		

## معلومات عن أسرة المريض

قم بتسجيل جميع أفراد الأسرة، تواريخ ميلادهم وعلاقتهم بمقدم الطلب. فرد الأسرة هو الشخص الذي يكون على صلة بك أو يعيش معك العام بالكامل كفرد من أسرته كما تدعي بالإقرار الضريبي للدخل الخاص بك.		
<b>فرد الأسرة رقم 1:</b>		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
<b>فرد الأسرة رقم 2:</b>		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
<b>فرد الأسرة رقم 3:</b>		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
<b>فرد الأسرة رقم 4:</b>		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	
<b>فرد الأسرة رقم 5:</b>		
العلاقة بالمريض:	تاريخ الميلاد:	

## جزء 2: معلومات عن التأمين الخاص بالمريض

هل قمت بتقديم طلب خاص بـ Medicaid في غضون الستة (6) أشهر الأخيرة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك طلب خاص بـ Medicaid قيد الانتظار أو تم الموافقة عليه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تم رفض طلب بـ Medicaid الخاص بكم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك تأمين طبي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

## معلومات عن التأمين الأولي

إسم جهة التأمين:	
عنوان جهة التأمين:	
رقم الهوية/ وثيقة التأمين:	رقم المجموعة:
إسم المشترك:	
تاريخ ميلاد المشترك:	العلاقة بالمشارك:
المشغل الخاص بالمشارك:	تاريخ النفاذ:

## معلومات عن التأمين الثانوي

إسم جهة التأمين:	
عنوان جهة التأمين:	
رقم الهوية/ وثيقة التأمين:	رقم المجموعة:
المشارك:	
العلاقة بالمشارك:	المشغل الخاص بالمشارك:
تاريخ النفاذ:	

### جزء 3: إجمالي الدخل والممتلكات شهرياً

برجاء إكمال هذا الجزء حول الدخل المكتسب والممتلكات للمريض ولكل فرد عامل بالأسرة تم تسجيله في القسم 1. برجاء تسجيل إجمالي الدخل، والذي يعتبر قيمة الدخل قبل الضرائب والخصومات.

المريض	فرد الأسرة رقم 1	فرد الأسرة رقم 2	فرد الأسرة رقم 3	فرد الأسرة رقم 4	فرد الأسرة رقم 5
الأجور / الرواتب / إكراميات					
إعانة البطالة					
الضمان الاجتماعي					
دعم الطفل + نفقة الزوجة المطلقة					
دخل العمل الحر، بعد النفقات					
الفوائد/ توزيعات الأرباح					
المعاش التقاعدي					
حساب التقاعد الفردي IRA / أسهم / سندات					
إيرادات الإيجار					
مدفوعات الثقة					
التعويضات التأمينية للعمال					
الإعانات المالية للمحاربين القدامى					

### عدم وجود بيان للدخل

إذا كان دخل الأسرة يساوي صفر، هل هناك أحد ما يقوم بدعمكم؟  نعم  لا

إذا قمت بالإجابة بنعم بالأعلى، وكونك مدعوماً مالياً بواسطة شخص آخر، برجاء القيام بإكمالهم وتوقيع الإستمارة أدناه.

إسم المريض: \_\_\_\_\_، ليس له دخل حالياً. أنا أقوم حالياً بدعمهم بالطعام، المأوى، وبأى ملابس قد يكونوا في حاجة إليها. إنني أقوم أيضاً بمنحهم مساعدة مالية بالكمية التي تساوي \$ \_\_\_\_\_ بمعدل كل شهر.

توقيع مقدم الدعم: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

### ممتلكات الأسرة

قم بتسجيل أي معلومات عن حساب جار أو حساب إيداع بالأسفل.

نوع الحساب	المؤسسة البنكية	الرصيد إعتباراً من

### ممتلكات معدودة أخرى للأسرة

قم بتسجيل المعلومات التي لديك لأي من أنواع الحسابات التالية.

نوع الحساب	المؤسسة البنكية	الرصيد إعتباراً من
الأسهم/ السندات		
شهادة إيداع		
سندات إيداع أمريكية		
حسابات إيداع صحية		
شهادات إيداع		
حسابات توفير أو تمويل		
أخرى		

#### جزء 4: Medical Hardship

قد لا ينطبق هذا القسم عليك. برجاء إكمال هذا القسم إذا كان لديك فواتير طبية كبيرة. قم بتسجيل جميع النفقات الخاصة بالرعاية الصحية من نظام هالمارك Hallmark الصحي ومن مقدمين آخرين. قد يتم طلب التوثيق ولكنه غير مطلوب بالوقت الحالي.

إسم مقدم الرعاية	إجمالي النفقات الطبية	كم مرة تحدث هذه التكلفة؟
	<input type="checkbox"/> اسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> اسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> اسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> اسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> اسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	
	<input type="checkbox"/> اسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً	

#### جزء 5: شهادة – ينبغي على جميع المقدمين القيام بالتوقيع

ينبغي على جميع المقدمين القيام بالتوقيع على الشهادة بالأسفل حتى يتم النظر في الطلب الخاص بهم.

إنني أقسم وأقر بأن جميع المعلومات المشار إليها في هذا الطلب حقيقية، صحيحة وكاملة على حد علمي وقدرتي واعتقادي. إنني أوافق على إخطار نظام هالمارك Hallmark الصحي بأي وبجميع التغييرات في الدخل، الموارد المالية أو معلومات أخرى مشار إليها في هذا الطلب والتي قد تؤثر على أهليتي وإستحقاقي للحصول على مساعدة مالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. إنني أستوعب أنه قد يتم الرجوع إلى رصيدي والمعلومات المالية الأخرى للتحقق من البيان الخاص بي وأهليتي لهذا البرنامج. إنني أستوعب أن لدي ثلاثون (30) يوماً لتقديم المستندات الداعمة اللازمة والدقيقة كي يتم النظر بها للحصول على خصم.

سوف يتم إرسال البيانات المخادعة الخاصة بالمريض لغرض الحصول على مساعدة مالية إلى مكتب المدعي العام لولاية ماساتشوستس. لن يصبح المرضى الذين يقومون بتزييف الطلب الخاص بالبرنامج مستحقين أو مؤهلين للبرنامج وسيتم تحميلهم المسؤولية لجميع الرسوم المتكبدة أثناء التسجيل بالبرنامج بآثر رجعي حتى اليوم الأول الذي وقعت به الرسوم في ظل هذا البرنامج.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

#### شهادة – يتم العمل بها فقط في حالة قيام زوج مقدم الطلب بالتقديم

في حالة قيام زوج مقدم الطلب أيضاً بالتقديم للحصول على مساعدة مالية، ينبغي على زوج مقدم الطلب القيام بالتوقيع على الشهادة بالأسفل حتى يتم النظر في الطلب الخاص بهم.

إنني أقسم وأقر بأن جميع المعلومات المشار إليها في هذا الطلب حقيقية، صحيحة وكاملة على حد علمي وقدرتي واعتقادي. إنني أوافق على إخطار نظام هالمارك Hallmark الصحي بأي وبجميع التغييرات في الدخل، الموارد المالية أو معلومات أخرى مشار إليها في هذا الطلب والتي قد تؤثر على أهليتي وإستحقاقي للحصول على مساعدة مالية بنظام هالمارك Hallmark الصحي. إنني أستوعب أنه قد يتم الرجوع إلى رصيدي والمعلومات المالية الأخرى للتحقق من البيان الخاص بي وأهليتي لهذا البرنامج. إنني أستوعب أن لدي ثلاثون (30) يوماً لتقديم المستندات الداعمة اللازمة والدقيقة كي يتم النظر بها للحصول على خصم.

سوف يتم إرسال البيانات المخادعة الخاصة بالمريض لغرض الحصول على مساعدة مالية إلى مكتب المدعي العام لولاية ماساتشوستس. لن يصبح المرضى الذين يقومون بتزييف الطلب الخاص بالبرنامج مستحقين أو مؤهلين للبرنامج وسيتم تحميلهم المسؤولية لجميع الرسوم المتكبدة أثناء التسجيل بالبرنامج بآثر رجعي حتى اليوم الأول الذي وقعت به الرسوم في ظل هذا البرنامج.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_