

تلتزم مستشفى Boston Children's Hospital ("المستشفى") ومؤسسات الأطباء التابعة لها ("المؤسسات") بتوفير الموارد للأطفال الذين بحاجة إلى الرعاية بغض النظر عن القدرة على الدفع. يُستخدم طلب الحصول على المساعدة المالية هذا لتقييم فرص المساعدة في رعاية جميع حالات الطوارئ وأشكال الرعاية الأخرى اللازمة طبياً التي تقدمها المستشفى والمؤسسات. يُرجى طباعة جميع الأقسام التي تنطبق وإكمالها.

ستعمل المستشفى والمؤسسات مع المرضى لمساعدتهم في التقدم بطلب للحصول على مساعدة حكومية (مثل Medicaid و Commonwealth Care و Health Safety Net) عند الاقتضاء. قد يؤدي عدم التقدم بطلب للحصول على المساعدة الحكومية التي قد تكون مؤهلاً لها إلى رفض المستشفى والمؤسسات لطلبك للحصول على المساعدة المالية.

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن استكمال هذا الطلب، يُرجى التواصل شخصياً مع وحدة الاستشارات المالية بقسم الخدمات المالية للمرضى في المستشفى الكائنة في العنوان 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115، أو الاتصال على الرقم 355-7201 (617).

يُرجى إرسال طلبات التقدم المكتملة عن طريق البريد إلى:

**Boston Children's Hospital**  
**Patient Financial Services – Financial Counseling**  
**300 Longwood Avenue**  
**Farley Building Room 160**  
**Boston, MA, 02115**

#### 1. معلومات المتقدم بالطلب

ملاحظة 1: المتقدم بالطلب هو اسم الشخص الذي يكمل هذا الطلب.

	اسم المتقدم بالطلب (الأول، الأوسط، اسم العائلة)
	صلة المتقدم بالطلب بالمرضى
	رقم السجل الطبي للمريض في مستشفى Boston Children's Hospital
	تاريخ (تواريخ) الخدمة للحصول على المساعدة المالية المطلوبة
	رقم (أرقام) الحساب للحصول على المساعدة المالية المطلوبة
	المبلغ المطلوب بالدولار

#### 2. معلومات المريض وضامن المريض

ملاحظة 2: المريض هو الشخص الذي يُقدّم الطلب من أجله؛ الشخص الذي تلقى/يتلقى الرعاية الطبية. ملاحظة 3: ضامن المريض هو الشخص المسؤول ماليًا عن سداد الفاتورة.

على صيدلية Boston Children's Hospital لا تنطبق سياسة برنامج المساعدة المالية التابع لمستشفى 1

Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC، أو على أي من المواد التي توفرها صيدلية Boston Children's Pharmacy، العاملة تحت اسم Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC، العاملة تحت اسم Boston Children's Pharmacy

	اسم المريض (الأول، الأوسط، اسم العائلة)
	تاريخ ميلاد المريض

	رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالمريض (إذا تم إصداره)
	عنوان المريض <input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> لا ينطبق
	رقم هاتف المريض
	اسم ضامن المريض
	عنوان ضامن المريض
	صلة ضامن المريض بالمريض
	صاحب عمل ضامن المريض
	عنوان صاحب عمل ضامن المريض

- يُرجى تضمين وثيقة إثبات الإقامة مثل رخصة القيادة أو بيان الرهن العقاري أو عقد الإيجار أو فاتورة الضرائب أو فاتورة الكهرباء أو فاتورة المرافق أو فاتورة الهاتف.

هل تقدم المريض بطلب للحصول على مساعدة حكومية مثل Medicaid أو Commonwealth Care أو Health Safety Net؟

نعم  لا  غير معروف النتائج \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر نتائج الطلب.  
إذا كان لدى المريض مساعدة حكومية في تاريخ الخدمة، يُرجى ذكر معلومات المساعدة الحكومية مع الطلب.  
إذا كان قد تم رفض المساعدة الحكومية سابقًا، يُرجى تقديم معلومات الرفض.

هل كان لدى المريض تأمين صحي في تاريخ الخدمة؟

نعم  لا  غير معروف التأمين الصحي \_\_\_\_\_

إذا كان لدى المريض تأمين صحي في تاريخ الخدمة، يُرجى تقديم معلومات التأمين الصحي مع الطلب.

هل لدى المريض/الضامن إمكانية للحصول على تأمين صحي من خلال صاحب العمل؟

نعم  لا  غير معروف صاحب العمل \_\_\_\_\_

هل قام المريض/الضامن بإنهاء التأمين طواعية خلال آخر 60 يومًا؟

نعم  لا  غير معروف  التأمين

هل كان لدى المريض دعوى قضائية أو تسوية أو مطالبة تأمينية معلقة قبل تاريخ الخدمة؟

نعم  لا  غير معروف  النتائج

إذا كان هناك دعوى قضائية قائمة أو تسوية أو مطالبة تأمينية معلقة للمريض، يُرجى تقديم الحالة مع الطلب.

هل لدى المريض إمكانية للحصول على تمويل إضافي للمساعدة في سداد تكلفة الخدمات اللازمة طبيًا؟

نعم  لا  غير معروف  مصدر التمويل

### 3. معلومات الأسرة

تحدد المستشفى الأهلية للحصول على برامج المساعدة المالية بناءً على دخل أسرة المريض. يتم تحديد معدلات التخفيض باستخدام المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر (FPG). اذكر المريض وولي أمر (ولي أمر) المريض والوصي القانوني (الأوصياء القانونيين) أدناه (سواء كانوا يعيشون مع المريض أم لا). اذكر أيضًا جميع أفراد أسرة المريض الذين يعيشون مع المريض، بما في ذلك أشقاء المريض الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا ويعيشون معه. إذا كان المريض متزوجًا، فاذكر اسم زوج/زوجة المريض. إذا كان عدد الأفراد أكثر من 6، يُرجى إضافة ورقة تكميلية أخرى.

عدد أفراد الأسرة

معرف الهوية	اسم فرد الأسرة (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	صلته بالمريض	تاريخ الميلاد	العمر
1				
2				
3				
4				
5				
6				

#### 4. دخل الأسرة

اذكر كل دخل الأسرة الإجمالي لفترة الـ 6 أشهر والـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ الخدمة ذي الصلة بطلب الحصول على المساعدة المالية هذا. ويكون دخل الأسرة الإجمالي هو الدخل قبل خصم الضريبة ويشمل الأجر وتعويضات البطالة وتعويضات العاملين وعددًا من أشكال الدخل الأخرى. ينبغي ذكر دخل الأسرة للمريض وولي أمر (ولي أمر) المريض والوصي القانوني (الأوصياء القانونيين) (سواء كانوا يعيشون مع المريض أم لا) وأشقائه المريض الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا ويعيشون معه. إذا كان المريض متزوجًا، ينبغي أن يشمل دخل الأسرة دخل زوج/زوجة المريض. يمكن ذكر مصادر متعددة لكل نوع من أنواع الدخل.

نوع دخل الأسرة	مصدر (مصادر) دخل فرد (أفراد) الأسرة	إجمالي الدخل لآخر 6 أشهر بالدولار	إجمالي الدخل لآخر 12 شهرًا بالدولار
الأجر			
تعويضات البطالة			
تعويضات العاملين			
المساعدة الحكومية			
المعاش/التقاعد			
العقارات المستأجرة			
الإعاقاة			
إعالة الطفل (إذا لم تكن مذكورة في الأجر)			
النفقة (إذا لم تكن مذكورة في الأجر)			
الضمان الاجتماعي			
الأرباح/الفوائد/العائدات			
أخرى			
الإجمالي			

- يُرجى تضمين إثبات بالدخل، بما في ذلك إما الإقرارات الضريبية للعام السابق أو نماذج W2 للأعوام السابقة أو 4 كعوب دفع حديثة أو إثبات كتابي من صاحب العمل أو شيك الضمان الاجتماعي أو شيك إعانة الإعاقة أو شهادة خطية موقعة تثبت عدم وجود دخل.

#### 5. الشهادة والتوقيع

أطلب من المستشفى تحديد أهليتي للحصول على المساعدة المالية. أفهم أن هذه المعلومات سرية وخاضعة للتحقق من قِبَل المستشفى. وإني أفهم أيضًا أن في حالة قيامي بتقديم معلومات خاطئة، قد يتم رفض إعطائي الإعانة المالية وقد أكون مسؤولاً عن سداد تكاليف الخدمات المقدمة من المستشفى والمؤسسات. أشهد بموجب هذا الطلب أن المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة ودقيقة على حد علمي وأفهم الإجراءات ومسؤولياتي.

اسم المتقدم بالطلب (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	
التوقيع	التاريخ