

معلومات طلب المساعدة المالية من UPMC

توفر UPMC المساعدة المالية فيما يخص الرعاية الطبية التي تقدمها منشآت UPMC والأطباء المنتسبون لها للأفراد والأسر المؤهلة. قد تحصل على رعاية بمبالغ مخفضة أو رعاية مجانية، وفقاً لاحتياجاتك المالية .

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية إذا انطبق ما يلي:

- لديك تأمين صحي محدود أو لا يتوفر لديك أي تأمين صحي
- غير مؤهل للحصول على مساعدة حكومية (على سبيل المثال، برنامج Medicare أو Medicaid)
- يمكن أن تُظهر أن لديك حاجة مالية
- تزويد UPMC بالمعلومات اللازمة حول الشؤون المالية لمنزلك
- لديك فواتير طبية بمبلغ يتجاوز قدرتك على الدفع، كما هو محدد في المبادئ التوجيهية لـ UPMC

تقديم طلبك

يُرجى إرسال طلبك بعد ملئه ونسخ من مستندات إثبات دخلك إلى:

UPMC Financial Assistance
Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

يمكن لمرضى UPMC Central PA و UPMC Somerset إرسال مستندات الطلب إلى العنوان المناسب أدناه:

UPMC Central PA
Patient Financial Coordinator
UPMC in Central Pa
P.O.Box 2353 Harrisburg, PA 17105-2353
717-231-8989 or 1-877-499-3899 (tol-free), option3

UPMC Somerset
Attn: Cashier
225 S. Center Avenue
Somerset, PA 15501
1-814-443-5002

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني، 1-800-371-8359، والضغط على الخيار 2. توجد أيضاً معلومات إضافية على الويب على UPMC.com/PayMyBill.

حول عملية تقديم الطلب

للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية من UPMC، يُرجى اتباع الخطوات التالية:

- املاً استمارة طلب المساعدة المالية من UPMC في هذه الحزمة.
- قم بتضمين المستندات الداعمة المدرجة في قائمة التحقق.
- لاحظ أنه يجب عليك أولاً استكشاف ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على نوع من استحقاقات التأمين التي تغطي رعايتك (مثل تعويض العمال والتأمين على السيارات والمساعدة الطبية). يمكننا مساعدتك بأن نبين لك الحصول على الموارد المناسبة لهذه الأمور.
- ثم نراجع دخلك وحجم أسرتك لتحديد مستوى المساعدة المتاحة لك. فنحن نستخدم جدولاً تدرجياً يستند إلى المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير.
- سنتواصل معك لإعلامك ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من UPMC أم لا.
- يمكننا مساعدتك في إعداد خطة دفع لأي رسوم أو فواتير متبقية لا تُغطيها المساعدة المالية من UPMC.

المساعدة المالية من UPMC - قائمة التحقق من المستندات

يجب أن يتضمن طلبك نسخًا من أي من المستندات التالية التي تنطبق عليك. يُرجى إرفاق نسخ، وليس مستندات أصلية، لأن UPMC لا يمكنه إرجاع أي مستندات تم إرسالها مع الطلب. في حال فقدان أي من المستندات، سيتأخر النظر في طلبك.

إذا كان لديك دخل أو أصول مثل:

- الأجر، والرواتب، والإكراميات
- الدخل التجاري
- الدخل في إطار الضمان الاجتماعي
- دخل المعاشات التقاعدية أو التقاعد
- الأرباح والفوائد
- الإيجارات والعوائد
- تعويض البطالة
- دخل تعويض العمّال
- النفقة وإعالة الأطفال
- الأحكام القانونية
- حسابات النقد والحسابات المصرفية وحسابات سوق المال
- شهادات إيداع مستحقة أو صناديق استثمار أو سندات أو استثمارات أخرى قابلة للتحويل بسهولة ويمكن تحويلها إلى نقد دون عقوبات

أرفق إثباتًا على دخل أسرتك، والذي قد يشمل:

- نماذج الضمان الاجتماعي 1099 أو خطابات المنح
- خطابات منح تعويضات البطالة أو العمّال
- إيصالات الدفع لآخر 30 يومًا
- أحدث استمارة مصلحة ضرائب 1040 والجداول الزمنية المناسبة
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يجب عليك تضمين الإقرار الضريبي الكامل مع الجدول ج و/أو بيان الربح والخسارة
- خطابات دعم
- دخل آخر، مثل الصناديق الاستثمارية، والمؤسسات الخيرية، إلخ (كشف هذا الشهر أو الشهر الماضي)

أرفق إثباتًا على أصولك، والذي قد يشمل:

- كشوف الحساب المصرفية، كشوف التمويل المشترك، حسابات الأسواق المالية، كشوف الاستحداث والصرف (COD)، السندات، إلخ. (كشف هذا الشهر أو الشهر الماضي من كل الحسابات)

إذا لم يكن لديك دخل:

- إذا لم يكن لديك دخل، ف أرسل لنا خطاب دعم. يجب على الشخص الذي يقدم لك الدعم أن يوقع على الخطاب.

استمارة طلب المساعدة المالية المستكمل والموقع

- يرجى إكمال كل أجزاء الاستمارة التي تنطبق عليك. لاحظ أنه يجب إكمال طلب منفصل لكل مريض على حدة يطلب المساعدة المالية.

طلب المساعدة المالية من UPMC – استمارة الطلب

اسم المريض:	
رقم الضمان الاجتماعي للمريض:	تاريخ ميلاد المريض:
رقم الهاتف المتاح وقت النهار:	العنوان:
رقم الهاتف البديل:	الولاية:
	المقاطعة:
	الرمز البريدي:
اسم صاحب العمل للزوج:	اسم صاحب العمل:

معلومات الأسرة: أدرج جميع أفراد أسرتك، بما في ذلك المعالين، الذين كانوا في استمارة مصلحة الضرائب 1040 الأخيرة. إذا كان لدى أحد أفراد أسرتك فاتورة طبية منفصلة صادرة عن UPMC يجب أخذها في الحسبان للحصول على المساعدة المالية، يُرجى تحديد المربع الموجود أسفل "فاتورة طبية صادرة عن UPMC".

الأسماء	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	فاتورة طبية صادرة عن UPMC

إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما في ذلك المريض):

إذا كنت قد تلقيت فاتورة بالفعل، يرجى إعطائنا حسابك أو رقم هوية المريض: _____

هل لديك تأمين صحي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ف اذكر معلومات التأمين: _____

هل لديك أية حسابات مصرفية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ف قدم بياناً لشهر واحد من جميع كشوف الحسابات المصرفية التي تملكها.

دخل الأسرة الشهري: أعط دخلاً شهرياً لنفسك ولأفراد الأسرة الآخرين. أرفق أيضاً نسخاً من مستندات إثبات الدخل (انظر قائمة التحقق من المستندات).

إجمالي الدخل الشهري	نفسك	الزوج و/أو أفراد الأسرة الآخرين
الأجور/العمل الحر	\$	\$
ضمان اجتماعي	\$	\$
دخل المعاشات التقاعدية أو التقاعد	\$	\$
الأرباح والفوائد	\$	\$
الإيجارات والعوائد	\$	\$
البطالة	\$	\$
تعويض العمّال	\$	\$
النفقة وإعالة الأطفال	\$	\$
دخل آخر	\$	\$
إجمالي دخل الأسرة الشهري	\$	\$

تعليقات إضافية:

إخلاء مسؤولية: أقر أن المعلومات التي أقدمها سيتم استخدامها فقط لتحديد المسؤولية المالية عن نفقاتي في UPMC (الرعاية الطبية، بما في ذلك خدمات المستشفيات والأطباء) وسيتم الحفاظ على سريتها. وأنا أفهم أن المواد التي أرسلها لإثبات دخولي وأصولي لن يتم إرجاعها. وأدرك كذلك أن المعلومات التي أقدمها بشأن دخل أسرتي السنوي وحجم أسرتي تخضع للتحقق من جانب UPMC، بما في ذلك، عند الاقتضاء، الحصول على معلومات مالية من أصحاب العمل والمصارف والكيانات الأخرى التي أدرجتها في هذا الطلب. وأقر أنه إذا تبين أنني قدمت أية معلومات خطأ، فقد يؤدي ذلك إلى عدم الموافقة على المساعدة المالية وسأكون مسؤولاً عن إجمالي مبلغ جميع النفقات. وأقر كذلك أن قرار المساعدة المالية الصادر عن UPMC يخضع للتعديل و/أو إمكانية الرجوع عنه عند حدوث خطأ في تقديم أي معلومات جوهرية أو حذفها من الطلب، أو إصدار حكم في دعوى نتج عنه تغطية تأمينية لي، أو تغيير آخر جوهرية في الظروف.

يسمح توقيعي لـ UPMC ب التحقق من جميع المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة. أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة على حسب معرفتي.

التوقيع: _____

صلتك بالمريض: _____

التاريخ: _____