

## برنامج المساعدة المالية من مستشفى صحة بابتيست

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية التي تتلقاها في إحدى مستشفيات صحة بابتيست، فقد يكون برنامج المساعدة المالية (FAP) لدينا قادرًا على مساعدتك. يُرجى استكمال هذا الطلب كله حتى يتمكن مسؤولو التأييد المالي للمريض لدينا من مراجعة طلبك ومعالجته في الوقت المناسب. قد تؤدي أي معلومات مفقودة أو غير واضحة إلى تأخير سير الإجراءات في الطلب أو إلى رفضه.

بالإضافة إلى طلبك، ربما يُطلب منك تقديم الدعم التالي أدناه:

نوع دخل الأسرة	المُستندات المطلوبة
أجور دخل العمل	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث بيان راتب به إجمالي الأجور حتى تاريخه؛ أو</li> <li>بيانات الراتب الأحدث عن شهر كامل على الأقل</li> </ul>
الدخل التجاري للعاملين لحسابهم الخاص أو دخل العقارات المستأجرة	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>بيان الخسائر والأرباح؛ أو</li> <li>اتفاقية (اتفاقيات) الإيجار</li> </ul>
الدخل الاستثماري (الفوائد، حصص الأرباح، وما إلى ذلك)	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>بيانات الاستثمار</li> </ul>
إعانات البطالة أو دخل تعويض العمال	<ul style="list-style-type: none"> <li>ملخص دفع يوضح إجمالي الإعانات الأسبوعية الخاصة بك</li> </ul>
النفقة أو إعالة الطفل	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>مرسوم الطلاق الصادر من المحكمة / المبلغ المقرر دفعه</li> </ul>
معاش التقاعد أو استحقاقات التقاعد/الدخل السنوي	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>خطاب الإعانات الإجمالية الشهرية</li> </ul>
الضمان الاجتماعي/دخل الضمان التكميلي أو إعانات المحاربين القدامى	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>خطاب الإعانات الإجمالية الشهرية</li> </ul>

نوع أصول الأسرة	المُستندات المطلوبة
نقدًا	<ul style="list-style-type: none"> <li>كشف حساب البنك الحالي لجميع الحسابات الجارية وحسابات التوفير</li> </ul>
الاستثمارات (شهادة الإيداع، وسندات التوفير الأمريكية، وأذون الخزانة الأمريكية، والأسهم، وصناديق سوق النقدية، وصناديق الاستثمار المشتركة، والصناديق الاستثمارية، وما إلى ذلك).	<ul style="list-style-type: none"> <li>بيانات استثمار توضح الأرصدة</li> </ul>
منزل إضافي	<ul style="list-style-type: none"> <li>بيان الرهن العقاري (بخلاف محل الإقامة الأساسي)؛ أو</li> <li>فاتورة/بيان ضريبة الأملاك</li> </ul>

أفراد الأسرة	المُستندات المطلوبة
الأطفال المعالون الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا والذين يعيشون معك	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>أوراق الوصاية؛ أو</li> <li>مرسوم الطلاق من المحكمة</li> </ul>
الأطفال المعالون الذين تقل أعمارهم عن 25 عامًا والذين هم طلاب بدوام كامل	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع الجداول كافة؛ أو</li> <li>إثبات الالتحاق بالمدرسة</li> </ul>
الأقارب المؤهلون الذين يعيشون معك (الوالد، الصهر، الأشقاء، ابنة الأخ، ابن الأخ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>أحدث إقرار ضريبي مع جميع الجداول التي تثبت أنك تطالب بها في إقرارك الضريبي</li> </ul>

كيفية تقديم طلبك:

راسلنا عبر البريد الإلكتروني على: [PFSAAPPT@bmcjax.com](mailto:PFSAAPPT@bmcjax.com)



تقدم بطلبك عبر الإنترنت على: [www.My.BaptistChart.com](http://www.My.BaptistChart.com)



Baptist Health Jacksonville  
ص.ب. 736048  
Dallas, TX 75373-6048  
عناية: التأييد المالي للمريض

أرسل رسالة بريدية إلى:



أي من مواقع مستشفيات بابتيست  
أو من خلال موقعنا الشرقي في سان ماركو في  
عنوان:

شخصياً في:



3563 Philips Highway  
BLDG B, STE 201  
Jacksonville, FL 32207

المرفق د

هل لديك أي أسئلة؟ اتصل بالرقم 904.202.2092

## طلب مساعدة مالية لخدمات المستشفى

اسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -  
 تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_  
 المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

حامل: نعم لا معوق: نعم لا بلا مأوى: نعم لا الحالة الاجتماعية: \_\_\_\_\_

هل لديك تأمين صحي/تأمين على السيارات لتغطية أي تكلفة للرعاية الطبية الخاصة بك؟ نعم لا

رقم السياسة/التأمين

يُرجى ذكر نفسك وزوجتك وجميع المعولين الذين يعيشون معك والذين تدعمهم، بمن في ذلك الأبناء الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، أو الطلاب الجامعيون بدوام كامل تحت سن 25 عامًا (الطفل البيولوجي، أو المتبنى، أو الريبب، أو غيرهم من الأطفال المعولين قانونًا)، أو ولي الأمر، أو الصيهر، أو الأخ، أو الأخت، أو ابن أو ابنة الأخ أو الأخت.

### أفراد الأسرة:

اسم (أسماء) أفراد الأسرة	تاريخ الميلاد	آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي	العلاقة مع المريض	حالة الإيداع الضريبي
الذات/المريض			الذات/المريض	

### دخل الأسرة:

يُرجى ذكر جميع الدخل أو "لا يوجد دخل" لجميع أفراد الأسرة المذكورين أعلاه - بمن فيهم نفسك.

اسم (أسماء) أفراد الأسرة	مصدر الدخل	عدد الأشهر التي بدخل أو بدون دخل	إجمالي الدخل الشهري الحالي	الدخل الإجمالي السنوي
الذات/المريض*	اسم صاحب العمل، أو صاحب أعمال حرة، أو دخل الإيجار، أو دخل الاستثمار، أو تعويض العمال، أو البطالة، أو النفقة/عالة الأطفال، أو المعاشات/رواتب التقاعد/الاستحقاقات السنوية، أو الضمان الاجتماعي، أو فوائد قدامى المحاربين (VA)، أو "لا يوجد دخل". إذا كنت لا تعلم، فاكْتُب "غير معروف".			اذكر الدخل الإجمالي

\*إذا كنت تدعي أنه "لا يوجد دخل"، فأخبرنا من الذي يدعمك: الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_

### أصول الأسرة:

يُرجى ذكر جميع الأصول أو "عدم وجود أصول" لجميع أفراد الأسرة المذكورين أعلاه - بمن فيهم نفسك. \*

اسم (أسماء) أفراد الأسرة	نوع الأصول	إجمالي المبلغ الحالي للأصول بالدولار
الذات/المريض		

\*في حال تجاوز إجمالي جميع الأصول 75 ألف دولار، فإن أي مبلغ يزيد على 75 ألف دولار سيعتبر دخلاً لأغراض هذه العملية الحسابية.

تنبيه لمتلقي Medicare: تشترط اللوائح الفيدرالية على متلقي Medicare تقديم دليل يثبت الدخل والأصول عند التقدم للحصول على مساعدة مالية للعلاج في المستشفى.

تحتفظ Baptist Health بحقها في تغيير أي قرار يجري اتخاذه بناءً على هذا النموذج، بما في ذلك المبالغ المشطوبة، إذا كانت المعلومات المقدمة غير دقيقة/كاذبة أو إذا كانت الفواتير الطبية تتعلق بحادث تُسترد الأموال فيه لاحقًا. أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وأدرك أنه وفقًا لقانون ولاية فلوريدا رقم 817.50، يُعد تقديم معلومات كاذبة للاحتيال على مستشفى بغرض الحصول على سلع أو خدمات جنحة من الدرجة الثانية. أمتح Baptist Health تفويضًا للتحقق من المعلومات المقدمة من خلال تقرير الائتمان الاستهلاكي، إذا اقتضى الأمر.

التاريخ

توقيع المريض/الضامن

هل لديك أي أسئلة؟ تواصل معنا.

My.BaptistChart.com • الموقع الإلكتروني: www.baptistjax.com/fap  
 P.O. Box 736048 • Dallas, TX 75373-6048  
 الهاتف: 904.202.2092 • الفاكس: 904.391.5550  
 البريد الإلكتروني: pfsfaappt@bmcjax.com

إذا كانت هناك حاجة إلى المزيد من السطور، يُرجى طلب إدراج الصفحة 2.