



كيفية التقديم للحصول على مساعدة في فواتير الرعاية الصحية لدى Scripps

تأكد من قراءة كل شيء قبل ملء النموذج.

عند تقديم طلب للحصول على مساعدة لدفع تكاليف رعايتك الطبية في Scripps، سنقوم بالتحقق من برنامجين مختلفين. أحدهما يُسمى برنامج الرعاية الخيرية من Scripps، والآخر يُسمى برنامج الدفع المخفض. لكي تتمكن من الحصول على المساعدة من هذه البرامج، يجب أن يكون دخل عائلتك ضمن حد معين أو أقل.

لبرنامج الرعاية الخيرية من Scripps:

- للحصول على المساعدة الكاملة، يجب أن يكون دخل عائلتك 200% أو أقل من إرشادات الفقر الفيدرالية.
 - إذا كان دخل عائلتك أعلى قليلاً، بين 201% و 400% من تلك الإرشادات، قد تتمكن من الحصول على بعض المساعدة أو الخصومات.
- من المهم أن تقدم لـ Scripps جميع المعلومات التي تطلبها حتى تتمكن من تحديد أفضل طريقة لمساعدتك. بعد أن تقدم لنا جميع الأوراق المطلوبة، سنتلقى رسالة خلال 30 يومًا لإعلامك إذا كنت ستنتقل إلى مساعدة في دفع فواتيرك الطبية.
- الخطوة 1:** اقرأ القائمة أدناه واختر أفضل طريقة لعرض مقدار الدخل الذي تكسبه. أرفق نسخًا من جميع الأوراق. لا ترسل الأوراق الأصلية لأنها لن تُعاد إليك. إذا نسبت إرسال بعض الأوراق، فقد تستغرق مراجعة طلبك وقتًا أطول، أو قد لا تحصل على المساعدة من هذا البرنامج.

نوع الدخل	المستندات المطلوبة
دخل العمل	نسخة من إقرار الضريبة الفردية (النموذج 1040 للسنة الضريبية الحالية) أو نسخة من آخر إيصال رواتب
العمل الحر	نسخة من إقرار الضريبة الفردية (النموذج 1040 للسنة الضريبية الحالية بما في ذلك الجدول ج).
ضمان الاجتماعي/ التقاعد	نسخة من إقرار الضريبة الفردية (النموذج 1040 للسنة الضريبية الحالية) أو نسخة من خطاب الموافقة من الضمان الاجتماعي يوضح المبلغ الشهري المدفوع.
الإعاقة	نسخة من إقرار الضريبة الفردية (النموذج 1040 للسنة الضريبية الحالية) أو نسخة من خطاب الموافقة يوضح مدفوعات الإعاقة.
البطالة	نسخة من إقرار الضريبة الفردية (النموذج 1040 للسنة الضريبية الحالية) أو نسخة من الخطاب الذي يوضح مبلغ العطاء الشهري.

الخطوة 2. قم بملء النموذج المرفق وتوقيعه.

هل تحتاج إلى مساعدة في تعبئة الطلب؟ اتصل بقسم المساعدة المالية في Scripps على الرقم 727-4777 (877)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

الخطوة 3. أرسل طلبك مع جميع أوراقك إلى العنوان التالي:

خدمات المرضى المالية إلى عناية: المساعدة المالية

Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127

أو يمكنك إرسال طلبك وجميع أوراقك عبر الفاكس: (858) 927-5041

معلومات مقدم الطلب (الضامن)

الاسم (الاسم الأول، الحروف الأولى من الاسم الأوسط، اسم العائلة)		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
عنوان الشارع		المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
الهاتف/الموبايل	رقم حساب الضامن	رقم السجل الطبي	رقم الضمان الاجتماعي
الاسم (الاسم الأول، الحروف الأولى من الاسم الأوسط، اسم العائلة)		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
الهاتف/الموبايل		رقم الضمان الاجتماعي	
هل سيقدم زوجك/زوجتك أيضًا طلبًا للحصول على المساعدة المالية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		رقم معرف مقدم الطلب:	رقم السجل الطبي

الأسرة/المعالين

حجم الأسرة: _____ قم بإدراج عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون معك في منزلك، مثل الزوج/الزوجة، الشريك المحلي المؤهل، والأطفال المعالين تحت سن 21 عامًا أو من هم في سن أكبر إذا كانوا من ذوي الإعاقة. يشمل ذلك الأطفال المعالين الآخرين ذوي الإعاقة التابعين لمقدم الرعاية للمريض.

اسم العائلة:	الاسم الأول:	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
اسم العائلة:	الاسم الأول:	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
اسم العائلة:	الاسم الأول:	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
اسم العائلة:	الاسم الأول:	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:

مصدر الدخل	مقدم الطلب	مقدم الطلب المشارك	الدخل الشهري المشترك
التوظيف/ العمل الحر			
رقم الضمان الاجتماعي			
الإعاقة			
المعاش السنوي			
النفقة على الزوجة			
غير ذلك			

الاتفاقية المالية وتفويض تقرير الائتمان

أعدكم بأن كل ما كتبته في هذا الطلب صحيح ودقيق. جميع الوثائق المرفقة هي نسخ حقيقية من الأصل. أفهم أنه من غير القانوني الكذب بشأن هذه المعلومات وأني لن أحصل على المساعدة من هذا البرنامج.

يمكن لـ Scripps Health فحص تقرير الائتمان الخاص بي ومصادر أخرى للتحقق مما إذا كنت مؤهلاً.

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	توقيع المريض/الضامن
	X
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	توقيع المريض/الضامن
	X

سوف نرسل لك رسالة لإعلامك إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة في دفع فواتيرك الطبية.