

طلب المساعدة المالية - Arabic Financial Assistance Application
الخدمات المالية للمرضى

رقم الضامن/السجل الطبي		هل هذه الزيارة مرتبطة بـ <input type="checkbox"/> حادث سيارة <input type="checkbox"/> إصابة عمل <input type="checkbox"/> لا هذا ولا ذلك		*تاريخ الخدمة (إذا لم يكن التاريخ قد حُدد بعد، اكتب "في المستقبل")	
*الاسم الأخير		*الاسم الأول		الحرف الأول من الاسم الأوسط	
العنوان		رقم الشقة		رقم الضامن الاجتماعي	
رقم الهاتف		الولاية		الرمز البريدي	
منذ متى وأنت تعيش في هذا العنوان؟		*هل أنت بلا مأوى؟ <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes)		رقم التليفون	
*الحالة الاجتماعية		*معالون <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes)		*حامل <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes)	
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> شريك غير متزوج		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
يُرجى إضافة أسماء أفراد أسرتك، بمن فيهم الأشخاص المهمين الآخرين وأي شخص في أسرتك يعتمد عليك للحصول على الرعاية أو أي شخص تدعي أنه يعتمد على إقرار ضريبة دخلك الفيدرالي، إذا كنت تقدم هذا الإقرار.					
اسم فرد الأسرة		تاريخ الميلاد		الصلة	
1.				4.	
2.				5.	
3.				6.	
يُرجى ذكر مبالغ ومصادر دخل الأسرة أدناه. ويُرجى ذكر الأجر/الراتب/الدخل المكتسب من أي مصدر للمريض والزوج، والآباء إذا كان المريض قاصرًا.					
*الحالة الوظيفية <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> حر العمل <input type="checkbox"/> بدون عمل					
اكتب اسم صاحب العمل إذا كنت موظفًا					
رقم هاتف صاحب العمل					
أجر الوظيفة الحالية رقم 1 (قبل الضرائب): _____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
أجر الوظيفة الحالية رقم 2 (قبل الضرائب): _____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
هل فعلت أيًا مما يلي العام الماضي: <input type="checkbox"/> تغيير الوظائف <input type="checkbox"/> التوقف عن العمل <input type="checkbox"/> بدء العمل لساعات أقل <input type="checkbox"/> لا شيء من هذه الأشياء إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى كان ذلك:					
إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فما مقدار صافي الدخل (الأرباح بمجرد دفع نفقات العمل) الذي تحصل عليه؟ _____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
إذا كنت بدون عمل، اذكر المصادر والمبالغ السابقة لدخل الأسرة: المبلغ _____ دولار/دولارات					
مصادر الدخل الأخرى:					
الضمان الاجتماعي/الدخل التأميني الإضافي للإعاقة					
_____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
إعانات البطالة					
_____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
النفقة الزوجية/إعالة الطفل المتلقاة					
_____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input checked="" type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
المزايا الحكومية (SNAP, TANF، وما إلى ذلك)					
_____ دولار/دولارات <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا					
كم يبلغ إجمالي رصيد الحسابات الجارية وحسابات التوفير وشهادات الإيداع و/ أو حسابات الأوراق المالية؟ _____ دولار/دولارات					
*هل لديك أي حسابات تقاعد فردية (IRA, 401(k), 403(b), Keogh)؟ <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes): القيمة الحالية هي: _____ دولار/دولارات					
*هل تمتلك سيارة (سيارات)؟ <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes) إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر التفاصيل أدناه.					
العام		الصنع		الطرز	
القيمة		المبلغ الشهري		الرصيد المستحق	
1.					
2.					
3.					
*هل تحصل على دخل من فوائد أو أرباح أو استثمارات؟ <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes): المبلغ الإجمالي هو: _____ دولار/دولارات					
*هل: <input type="checkbox"/> تستأجر منزل: المبلغ/الإيجار الشهري _____ دولار/دولارات					
<input type="checkbox"/> تمتلك منزل: القيمة الحالية _____ دولار/دولارات					
<input type="checkbox"/> لا تستأجر أو لا تملك: فأين تعيش أو مع من تعيش؟ _____					
أشهد أن المعلومات التي ذكرتها صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي، وأعلم أن مؤسسة Inova ستطلب إثبات دخل وإقامة، وأصرح لمؤسسة Inova بأن طلب من أي كيانات تابعة أو أطراف ثالثة أي معلومات مطلوبة لإكمال عملية تقديم الطلب وأن تكشف لها عن مثل هذه المعلومات. وسأقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية، وسأخذ أي إجراء ضروري ومعقول لتحقيق ذلك، وسأخصص المبلغ المسترد أو سأدفعه لمؤسسة Inova. وإذا ثبت أن أي معلومات قدمتها غير صحيحة، فأبني أعلم أن المستشفى قد يعيد تقييم حالتني المالية ويتخذ الإجراء المناسب معي.					
مقدم الطلب (التوقيع) (Applicant signature):		مقدم الطلب (الاسم) (Applicant (print name)):		التاريخ (Date):	
				الوقت (Time):	

الملحق A

المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر، 2024

500%	400%	250%	100%	حجم الأسرة
\$75,300	\$60,240	\$37,650	\$15,060	1
\$102,200	\$81,760	\$51,100	\$20,440	2
\$129,100	\$103,280	\$64,550	\$25,820	3
\$156,000	\$124,800	\$78,000	\$31,200	4
\$182,900	\$146,320	\$91,450	\$36,580	5
\$209,800	\$167,840	\$104,900	\$41,960	6
\$236,700	\$189,360	\$118,350	\$47,340	7
\$263,600	\$210,880	\$131,800	\$52,720	8
\$290,500	\$232,400	\$145,250	\$58,100	9
\$317,400	\$253,920	\$158,700	\$63,480	10

الملحق C

قائمة الوثائق المطلوبة للمساعدة المالية

إلى جانب استكمال طلب Inova الخاص بالمساعدة المالية، سيتعين عليك تقديم إثبات دخل وإقامة من قائمة الخيارات التالية التي سنتلبي متطلبات سياسة Inova بخصوص المساعدة المالية. **يرجى ملاحظة أنه يجب عليك تقديم طلبك خلال 240 يومًا من تاريخ البيان الأول ليكون مؤهلاً للمراجعة واتخاذ قرار بشأنه.**

<u>متطلبات الإقامة</u>	<u>متطلبات الدخل الفردي/الأسري</u>
<p>مطلوب إثبات إقامة في فيرجينيا لمدة 30 يومًا قبل تلقي أي خدمات في Inova. يجب أن تتضمن الوثائق وثيقة واحدة (1) من القائمة التالية:</p> <p>رخصة قيادة أو بطاقة هوية سارية المفعول صادرة من ولاية فرجينيا، وبطاقة تسجيل ناخبين صادرة من ولاية فرجينيا، وسجلات DMV صادرة من ولاية فرجينيا:</p> <p>يجب أن تكون الوثائق صادرة قبل 30 يومًا على الأقل من تاريخ تقديم الخدمة.</p>	<p>تكون وثائق دخل الزوج أو الشريك مطلوبة أيضًا إذا كان يعيش معك. يجب أن تتضمن الوثائق وثيقة واحدة (1) من القائمة التالية:</p> <p>أحدث إقرار ضريبة دخل فيدرالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يرجى تقديم وثائق الإقرار الضريبي كاملةً وعليها التاريخ والتوقيع. • لن يُقبل هذا الإقرار الضريبي بين شهري يناير وأبريل. وينبغي تقديم أحدث قسيمي راتب بدلاً من ذلك.
<p>أحدث إقرار ضريبة دخل فيدرالية:</p> <p>يرجى تقديم وثائق الإقرار الضريبي كاملةً وعليها التاريخ والتوقيع.</p>	<p>أحدث قسيمي راتب:</p> <p>يجب أن تُبين قسائم الراتب إجمالي الدخل قبل الخصومات وتاريخ فترة الدفع والأرباح السنوية حتى تاريخه.</p>
<p>فاتورة مرافق أو كشف حساب بنكي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجب أن توضح الوثيقة اسم مقدم الطلب وعنوانه الحالي. • يجب أن تكون الوثيقة مؤرخة/مُنشأة قبل 30 يومًا على الأقل من تاريخ تقديم خدمة Inova. 	<p>إثبات عمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • في حالة عدم توافر الإقرار الضريبي أو إيصالات الدفع، يجوز لصاحب العمل إكمال هذا النموذج/الخطاب. • نزل من هنا: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
<p>إثبات إقامة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجب أن يُكمل النموذج مالك الأرض/مالك العقار. • نزل من هنا: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance 	<p>إثبات دعم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • النموذج مخصص للمرضى العاطلين عن العمل والذين يتلقون الدعم من أحد أفراد الأسرة/صديق/شخص آخر. • يجب أن يُكمل النموذج الشخص (أحد أفراد الأسرة/صديق/شخص آخر) الذي يساعد على توفير المأوى و/أو الطعام و/أو نفقات المعيشة. لا تكلف هذه الوثيقة الشخص الذي يكمل النموذج بأي مسؤولية مالية عن الديون الطبية المستحقة على المريض الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية. • سُنطلب الضرائب من الأشخاص الداعمين الموجودين في نفس الأسرة لتحديد ما إذا كان المريض مُعالمًا أم لا. • إذا كنت عاطلاً عن العمل حاليًا، فيرجى تقديم وثائق من مكان العمل السابق أيضًا. • نزل من هنا: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
<p>سجلات مدرسية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجب أن توضح الوثائق اسم الطفل واسم مدرسته وعنوانه الحالي. • يجب أن تكون المدرسة معتمدة من إحدى الولايات أو إحدى الدوائر القضائية أو أحد الأقاليم الأمريكية. • قد يتضمن ذلك سجل درجات أو نموذج رعاية طوارئ أو خطابًا أو وثائق أخرى يمكن طلبها من المدرسة أو تنزيلها من بوابة افتراضية. 	<p>إثبات إقرار ذاتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مخصص للمرضى الذين يعملون باليومية، والعمال المهاجرين/الموسمين، والذين يحصلون على إكراميات كدخل أساسي لهم، والعاطلين عن العمل الذين لا يتلقون دعمًا من الأسرة/الأصدقاء/الأشخاص الآخرين فيما يتعلق بالمأوى أو الطعام أو نفقات المعيشة. • إذا كنت عاطلاً عن العمل حاليًا، فيرجى تقديم وثائق من مكان العمل السابق أيضًا. • نزل من هنا: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
<p>تشمل وثائق الإقامة الأخرى التي قد يتم طلبها ما يلي (على سبيل المثال لا الحصر):*</p> <p>عقد الإيجار، وإيصال ضريبة الأملاك الشخصية في فيرجينيا أو الضرائب العقارية المدفوعة خلال العام الماضي إلى كومونولث فيرجينيا أو إحدى مناطق فرجينيا، وشهادة التسجيل الصادرة من وزارة التربية والتعليم في فرجينيا، ووثيقة شهادة الإقامة ذات الصلة بالهجرة، و W2</p> <p>*يرجى الاتصال بالفريق على الرقم التالي للحصول على مزيد من المعلومات: 571-472-5880.</p>	<p>تشمل وثائق الدخل الأخرى التي قد يتم طلبها ما يلي (على سبيل المثال لا الحصر):*</p> <p>خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي، والمعاشات التقاعدية، ودخل التقاعد، واستحقاقات الباقين على قيد الحياة، واستحقاقات البطالة، وبرنامج المساعدة الحكومية، وخطاب استحقاقات المساعدة العامة، وأرباح الفوائد، والعوائد، والدخل من التركة/الصندوق الاستثماري، ووثائق المساعدة التعليمية/الرسوم الدراسية، ووثائق النفقة/دعم الطفل، وإثبات حالة السفير على ورق السفارة، وإثبات دخل الطرف الثالث (إيجار منزل، طلب شراء، إيجار سيارة، طلب قرض، وما إلى ذلك)، ونموذج I20 (للطلاب الأجانب)، وشهادة ميلاد الطفل، وخطاب الظروف الراهنة</p> <p>*يرجى الاتصال بالفريق على الرقم التالي للحصول على مزيد من المعلومات: 571-472-5880.</p>

تنبيه مهم: إن عدم تقديم الطلب المُوقَّع والمُورَّخ المطلوب والوثائق المطلوبة لإثبات دخل الفردي/الأسري والإقامة سيؤدي إلى رفض طلبك. وفي حالة رفض تقديم المساعدة المالية لك، سيظل الرصيد المستحق ضمن مسؤولية المريض، وستتلقى كشوفات فواتير مريض Inova بالمبلغ المستحق.

يرجى الانتظار لمدة 30 يومًا حتى يتولى فريقنا مراجعة مدى أهليتك للحصول على المساعدة المالية وتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لهذه المساعدة أم لا. وقد تُطلب وثائق إضافية وتُقدَّم خلال هذا الوقت. وسيُرسل خطاب القرار إليك عبر البريد المعتمد و/أو سيكون بإمكانك الاطلاع عليه من خلال MyChart خلال فترة الـ 30 يومًا المحددة ضمن متطلبات سياسة Inova بخصوص المساعدة المالية.

إذا كانت لديك أية أسئلة، يُرجى الاتصال بفريق المساعدة المالية في Inova: 571-472-5880.

كيفية تقديم طلب المساعدة المالية المكتمل/الموقع وإثبات الدخل والإقامة

MyChart

حمّل الطلب المكتمل والموقع وجميع وثائق الإقامة والدخل المطلوبة على MyChart:

سجّل الدخول إلى بوابة MyChart أو أنشئ حسابًا فيها: <https://mychart.inova.org/mychart>

1. بعد تسجيل الدخول، انتقل إلى القائمة الموجودة في الزاوية العلوية اليسرى من الشاشة الرئيسية.
 2. انتقل للأسفل إلى فئة "Billing" (إعداد الفواتير) وحدد "Financial Assistance" (المساعدة المالية).
 3. أكمل البيانات المطلوبة في كل شاشة وحمّل طلبًا مكتملاً وموقعًا ووثائق الدخل والإقامة المطلوبة بالترتيب المحدد على النحو المطلوب.
 4. فور تحميل جميع الوثائق وإكمال الحقول المناسبة في كل شاشة، انقر فوق "Submit" (إرسال).
- سيبدأ فريق المعالجة بعد ذلك في مراجعة مسألتك، وسيبلغك بحالة طلبك وقرار الموافقة أو الرفض، أو طلب وثائق إضافية إذا لزم الأمر.

البريد

أرسل الطلب المكتمل والموقع وجميع وثائق الإقامة والدخل المطلوبة بالبريد إلى:

Inova Patient Financial Services
عناية: Rev Cycle Financial Assistance Department
8095 Innovation Park Drive
Fairfax VA 22031
هذا الموقع لا يقبل دخول المرضى بدون موعد سابق.

الفاكس

أرسل الطلب المكتمل والموقع وجميع وثائق الإقامة والدخل المطلوبة بالفاكس إلى:

رقم الفاكس: 571-665-6895
عناية: Rev Cycle Financial Assistance Department

التسليم

سلم طلبك المكتمل والموقع وجميع وثائق الإقامة والدخل المطلوبة إلى:

Inova Partnership for Healthier Communities
2700 Prosperity Ave., #280
Fairfax VA 22031
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً
(المساعدة الشخصية متاحة من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا إلى الساعة 12:00 ظهرًا.)