

المجموعة الطبية بجامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس
ص.ب: 240005
محطة فيلاج
لوس أنجلوس، كاليفورنيا 90024

عزيزي المريض،

نشكرك على حسن اختيار نظام مركز الصحة بجامعة كاليفورنيا كمقدم لخدمة الرعاية الصحية لك.

طلب المساعدة المالية هذا مخصص لخدمات الأطباء ولا يقدمه سوى الطبيب (الأطباء)، وليس الهدف منه دفع أتعاب المرافق في فاتورة المستشفى الخاصة بك. العناصر التالية غير مؤهلة للحصول على المساعدة المالية:

- خدمات التجميل
- أسعار الصرف النقدي (خدمات مدفوعات نقدية يتم ترتيبها مسبقاً)
- المسؤولية تجاه الغير

لتحديد ما إذا كنت مؤهل للحصول على المساعدة المالية، يُرجى إرسال الأوراق المطلوبة إلى مكتبنا. أنت مسؤولة ماليًا عن الأرصدة غير المسددة حتى يتم اتخاذ قرار بشأن طلبك:

الوثائق المطلوبة:

- كشف مالي شخصي كامل (مرفق أدناه)
 - آخر كشفي مفردات راتب
 - إثبات إعالة طفل/دخل/سداد نفقة (إن توفر)
 - إثبات العجز/ دخل البطالة (إن توفر)
 - بيان رسمي بالحصول على مساعدات عينية (إن توفر)
 - نسخة من آخر إقرار ضريبة دخل موقع
 - خطاب رفض من ميديكال (في حال لم يكن لديك تأمين)
 - كشفان حديثان للحساب البنكي
 - إثبات ارتفاع التكلفة الطبية (أنظر أدناه لمزيد من التفاصيل)
- في حال إقرار رصيدك الحالي بمسؤوليتك بعد التأمين، يجب عليك تقديم إثبات ارتفاع التكلفة الطبية. ستكونين مؤهلة للحصول على التكلفة الطبية العالية إذا كانت التزاماتك الطبية المدفوعة تساوي 10% من دخل الأسرة السنوي أو تزيد عنها. يجب أن يكون إثبات التكاليف الطبية في شكل إيصالات تم استلامها خلال آخر 12 شهرًا.

يرجى إرسال الوثائق عبر البريد إلى العنوان الوارد إعلان، عناية: وحدة الضامن - قسم المساعدة المالية.

إذا كان لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى المزيد من المساعدة، يمكنك الوصول إلينا على الرقم 310-301-8860 في الفترة بين الساعة 7:00 صباحاً و7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، باستثناء أيام العطلات. يمكنك إرسال المعلومات إلينا عبر الفاكس على الرقم 8878-310-301.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

مكتب فوترة الأطباء

يقدم مركز الصحة بجامعة كاليفورنيا الآن للمرضى موقعًا مناسبًا وآمنًا للدفع عبر الإنترنت، حيث يمكنك الدفع من خلاله، أو الاطلاع على بياناتك، أو مراجعة تاريخ الدفع الخاص بك.
قم بزيارة:

billing.uclahealth.org

ورقة العمل المالية الشخصية
مجموعة أعضاء هيئة التدريس المعنية بالممارسات بجامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس -
مكتب فوترة الأطباء

يرجى ملاحظة الآتي: تحتفظ مجموعة أعضاء هيئة التدريس المعنية بالممارسات بالحق في التحقق من جميع المعلومات المقدمة عبر فحص الائتمان و/أو الممتلكات.

يرجى ملء ورقة العمل هذه وإعادتها في غضون 30 يومًا.

اسم المريض:	رقم الحساب:
-------------	-------------

اسمك (أسمائك) وعنوانك (بما في ذلك الدولة):

--

أرقام الهواتف (ضع دائرة حول رقم الاتصال أثناء

النهار):	المنزل:
----------	---------

أرقام التأمين الاجتماعي:

الزوج/المريض:	الضامن/مقدم الطلب:
---------------	--------------------

تاريخ (تواريخ) الميلاد:

الضامن/مقدم الطلب:	الزوج/المريض:
--------------------	---------------

اسم صاحب العمل أو الشركة التي يعمل لديها الزوج/المريض	اسم صاحب العمل أو الشركة التي يعمل لديها الضامن/المريض أو (الاسم والعنوان)
--	---

عمر وصلة قرابة الشخص الذي يعيش معك (من تعولهم فقط):

الاسم	العمر	صلة القرابة
-------	-------	-------------

الحسابات البنكية بما في ذلك حسابات التوفير، والاتحادات الائتمانية، وحسابات التقاعد الفردية، وما إلى ذلك):

اسم المؤسسة:	العنوان:	نوع الحساب:	الرصيد:	رقم الحساب:
(أ)				
(ب)				
(ج)				

العقارات:

العنوان (بما في ذلك الدولة):	القيمة الحالية:	رصيد القرض:	تاريخ سداد القرض:
(أ)			
(ب)			

١ سيارات.

سنة الصنع، الموديل، والرخصة##:	القيمة الحالية:	الرصيد الحالي:	تاريخ سداد القرض:
(أ)			
(ب)			

الأصول الأخرى (أسهم، أو سندات، أو قوارب، وما إلى ذلك):

الوصف:	القيمة الحالية:	الرصيد الحالي:	تاريخ سداد القرض:
(أ)			
(ب)			

الدخل الشهري

دولار	*صافي راتب مقدم الطلب (مرفق اخر كشفين لمفردات الراتب)
دولار	*صافي راتب الزوج (مرفق اخر كشفين لمفردات الراتب)
دولار	قيمة الإيجار الذي تحصل عليه
دولار	المعاش
دولار	التأمين الاجتماعي
دولار	الربح من شركتك
دولار	العمولات
دولار	الدخل
	إجمالي الدخل
	المصروفات الشهرية

يجب إن يكون المصروفات معفولة بما يتناسب مع حجم الاسرة، ومحل إقامتها وظروفها

دولار	إيجار
دولار	رهن
دولار	نفقة/إعالة طفل
دولار	بقالة
	مرافق
دولار	(أ) كهرباء
دولار	(ب) زيت تدفئة/غاز طبيعي
دولار	(ج) مياه
دولار	(د) هاتف
دولار	مواصلات (سيارة، حافلة، سيارة اجرة)
دولار	خدمات طبية (لم يدفعها التأمين)
	التأمين
دولار	(أ) على السيارات
	(ب) الصحي
دولار	(ج) على الحياة
دولار	(د) على ملاك/مستاجري العقار
دولار	المدفوعات المقدرة للضرائب

قروض السيارات/اسم الشركة الممولة، أو البنك، أو ما إلى ذلك.

1.	
2.	
3.	

مدفوعات الأقساط/اسم المتجر، أو البنك، أو بطاقة الائتمان، وتواريخ الدفع النهائية، ومبلغ الدفع:

1.	دولار
2.	دولار
3.	دولار

أخرى (يرجى التحديد)	دولار
---------------------	-------

إجمالي المصروفات الشهرية	دولار
--------------------------	-------

إجمالي المصروفات الشهرية	دولار
--------------------------	-------

أية بيانات أخرى (تغييرات يتوقع أن تطرأ على الدخل)، أو الصحة، وما إلى ذلك.

أفوض أنا، الموقع أدناه، مجموعة أعضاء هيئة التدريس المعنية بالممارسات بالتحقق من تاريخي الانتماني من خلال وكالة الإبلاغ والتحري عن الائتمان لدواعي تحري دقة البيانات التي قدمتها في هذه الوثيقة.

التاريخ

التوقيع

--

التاريخ

توقيع الزوج/الضامن

--