

مرفق ب

تاريخ الاستحقاق:

التاريخ:

اسم الحالة:
رقم السجل الطبي/ سجل حساب المستشفى #
الرصيد المستحقالسيد/السيدة
تحية طيبة وبعد،

نشكركم على حسن اختياركم لأنظمة مركز لوس أنجلوس الصحي بجامعة كاليفورنيا كمقدم لخدمتكم الصحية.
على عملنا الكرام التقدم لبرنامج لميدي كال قبل التفكير في صناديق الرعاية الخيرية.

يرجى العلم بأنه لا تتحقق المساعدة المالية إلا بحصولنا على البيانات التالية بمقر مكتبنا في غضون مدة لا تقل عن 15 يومًا من تاريخ هذا الخطاب.

وسيتم غلق باب طلب المساعدة المالية ما لم تصلنا تلك البيانات في غضون المدة المحددة. ويجب العلم بأنك المسؤول عن تحمل الرصيد المستحق ما لم يعلق طلبك بالموافقة بالرفض.

- آخر كشفين مفردات مرتب (مع دخل النسبة حتى تاريخه)
- إثبات إعالة طفل / دخل/سداد نفقة (إن توفر)
- إثبات العجز/ دخل بطالة (إن توفر).
- بيان رسمي بالحصول على مساعدات عينية
- إثبات بضرورية الدخل موقعة لأخر عامين بما في ذلك مرفقاته (النسخ المطلوبة)....
- خطاب موافقة أو رفض من قبل مبيدكال
- كشوفات حسابات بنكية مستوفية لأخر شهرين
- إثبات ارتفاع التكلفة الطبية (لمعرفة التفاصيل، انظر أدناه)
- أخرى _____ :

في حالة عدم تغطية التأمين لتكاليف علاجك بالكامل، عليك بتقديم دليل ارتفاع التكلفة الطبية. وهو يتضمن كافة المبالغ التي سبق وأن سددتها للخدمات الطبية والتي تعادل 10% من دخلك السنوي للأسرة التي تعولها، شريطة أن يكون إثبات التكلفة الطبية في شكل إيصالات تم استلامها أو تقديمها في غضون آخر 12 شهر ماضية.
لا تتردد في الاتصال بهاتف مكتب خدمات أعمال المرضى التابع للمركز، في حالة الرغبة في الاستفسار عن أي سؤال أو مخاوف، وذلك على الرقم 825-8021 (310) من الإثنين حتى الجمعة من 7:30 صباحًا حتى 4:00 مساءً.

يمكنك مراسلتنا بالبريد أو إرسال الأوراق اللازمة إلى العنوان:
مكتب أعمال المرضى

10920 ويلشير بوليفارد، جناح 1600
لوس أنجلوس، كاليفورنيا 90024

يرجى العلم: يحتفظ مركز لوس أنجلوس الصحي بجامعة كاليفورنيا بحقه في التحقق من كافة البيانات المقدمة عبر بطاقة الائتمان و/أو بيان حصر الممتلكات. لا تنس إرسال الأوراق عبر البريد المسجل لضمان وصولها على العنوان الوارد أعلاه.

نموذج الاستعلام المالي للمرضى
مركز لوس أنجلوس الصحي بجامعة كاليفورنيا – خدمات أعمال المرضى

يرجى ملء هذه الورقة وتقديمها لمكتب خدمة أعمال المرضى التابع لمركز جامعة كاليفورنيا (لوس أنجلوس) الصحي في أسرع وقت ممكن حتى يتسنى لنا تحديد تأهيلك للحصول على المساعدة المالية.
اسم الحالة: _____ حساب: _____ # _____

اسمك (أسمائك) وعنوانك (مع ذكر الدولة):

أرقام الهاتف (ضع دائرة على الرقم المناسب للاتصال بها أثناء النهار)

المنزل :
عمل الزوج/الزوجة:
عملك:

أرقام التأمين الاجتماعي رقمك :الزوج/الوصي:
تاريخ (تاريخ) الميلاد ميلادك :ميلاد الزوج/الوصي:

اسم صاحب العمل أو الشركة (الاسم والعنوان)/صاحب عمل أو شركة الزوج (الاسم والعنوان):

السن والعلاقة التي تربطك بمن يعيشون معك (من تعولهم فقط)

الحسابات البنكية (بما فيها حسابات التوفير واتحادات الائتمان وحسابات التقاعد الفردية، وما إلى ذلك):

اسم المؤسسة	العنوان	نوع الحساب	الحساب #	الرصيد
(أ)				
(ب)				

الممتلكات العقارية:

العنوان (مع ذكر الدولة)	القيمة الحالية	رصيد القرض	تاريخ سداد القرض
(أ)			
(ب)			

السيارات:

سنة الصنع، الموديل، والرقصة #	القيمة الحالية	رصيد القرض	تاريخ سداد القرض
(أ)			
(ب)			

أشياء أخرى تمتلكها أو تشتريها في الوقت الراهن (سواء أسهم أو سندات أو قوارب وما إلى ذلك):

الوصف	القيمة الحالية	رصيد القرض	تاريخ سداد القرض
-------	----------------	------------	------------------

الدخل الشهري

\$ _____	*صافي الراتب (إرفاق آخر كشفين لمفردات المرتب)
\$ _____	*صافي راتب الزوج (إرفاق آخر كشفين لمفردات المرتب)
\$ _____	قيمة الإيجارات التي تحصل عليها
\$ _____	المعاشات
\$ _____	التأمين الاجتماعي
\$ _____	قيمة الربح من شركتك
\$ _____	العمولات
\$ _____	دخل آخر (المصدر: _____)

\$ _____ **إجمالي الدخل**

المصروفات الشهرية

(يشترط ألا تزيد قيمة المصروفات عن القدر المعقول الذي يتناسب مع عدد أفراد الأسرة ومحل الإقامة والظروف التي تعاني منها الأسرة)

\$ _____	الإيجار
\$ _____	الرهن
\$ _____	نفقة/إعالة طفل
\$ _____	يقالة
\$ _____	مرافق
\$ _____	أ) كهرباء
\$ _____	ب) زيت التدفئة/الغاز الطبيعي
\$ _____	ج) المياه
\$ _____	د) الهاتف
\$ _____	وسائل المواصلات (سيارة، حافلة، سيارة أجرة)
\$ _____	الخدمات الطبية (المبلغ المسدد خارج التأمين)
\$ _____	التأمين
\$ _____	أ) على السيارات
\$ _____	ب) على الصحة
\$ _____	ج) على الحياة
\$ _____	د) على ملاك/مستأجري العقار
\$ _____	المبالغ الضريبية المقدرة

نموذج الاستعلام المالي للمرضى
مركز لوس أنجلوس الصحي بجامعة كاليفورنيا - خدمات أعمال المرضى

قروض سيارات/اسم الشركة الممولة، أو البنك وما إلى ذلك.

1. _____
2. _____
3. _____

المبلغ	الأقساط/اسم المتجر، أو البنك، أو بطاقة الائتمان، وتواريخ الأقساط الأخيرة
\$ _____	1. _____
\$ _____	2. _____
\$ _____	3. _____

أخرى (يرجى ذكر التفاصيل)

\$ _____

\$ _____

إجمالي المصروفات الشهرية

\$ _____

إجمالي الأقساط

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

أخول أنا، الموقع أدناه، مركز جامعة كاليفورنيا الصحي (لوس أنجلوس) بحرية الاستفسار عن سجلي الائتماني من خلال وكالة الإبلاغ والتحرري عن الائتمان لدواعي تحري دقة البيانات التي أدليت بها في هذه الوثيقة.

التوقيع _____ التاريخ _____

الزوج/الوصي _____ التاريخ _____