

NEWYORK – PRESBYTERIAN/QUEENS

الخدمات المالية للمرضى

Expressway Plaza Ste 200 3

Roslyn Heights, NY 11577-2050

عزيزنا المريض:

يُرجى نظر طلب الحصول على الرعاية الخيرية المرفق طيه. يمكنك تقديم طلب للحصول على الرعاية الخيرية في أي وقت أثناء عملية الفوترة والتحويل. يُرجى إكمال الطلب وإرفاق جميع الوثائق الداعمة لصحة البيانات وإعادة إرساله إلى العنوان الموضح أعلاه.

إذا كان طلبك غير مستكمل، فلن نتمكن من معالجته.

إذا احتجت لأي مساعدة إضافية أو لديك أي أسئلة متعلقة بمجموعة المواد هذه، يُرجى التواصل مع وحدة الرعاية الخيرية الخاصة بنا على الرقم 686-4354 (516) أو الرقم 686-4308 (516).

لمساعدتنا أكثر في معالجة طلبك للحصول على الرعاية الخيرية، انظر الأمثلة التالية للوثائق التي يمكنك اختيار إرفاقها مع طلبك:

- إيصال إيجار
- خطاب من صاحب العمل، إن أمكن.
- أستمارة 1040
- أي معلومات أخرى يمكنها تأكيد ذلك

إذا كنت تحت سن الحادية والعشرين (21) و/أو مسنولاً من ولي (أولياء) أمرك/لوصي (أوصياء) عليك، فسيكون على ولي أمرك أو الوصي عليك أن يملأ أستمارة طلب الأهلية التي تحمل عنوان طلب الحصول على الرعاية الخيرية وأن يقدم الوثائق الضرورية الداعمة لصحة البيانات.

يجب تقديم رقم هاتف يمكن الوصول إليك من خلاله، بالإضافة إلى عناوين كاملة شاملة أرقام الشقة وحرورها.

سيكون من المفيد أن يتم إرفاق ملحوظة تصف حالتك، بالإضافة إلى نسخ من أي من الوثائق المناسبة المدرجة أعلاه أو أي وثائق أخرى داعمة لصحة البيانات التي قد تختار إرسالها، وذلك للمساعدة في الفصل في أهليتك أو أهلية طفلك.

إذا كنت طالباً، يُرجى تقديم وثيقة بحالتك الدراسية.

بيان للمرضى

إذا قمت بإرسال طلب مستكمل يشمل المعلومات أو الوثائق الضرورية للفصل في أهليتك وفقاً لسياسة الرعاية الخيرية بالمستشفى، فسيكون لك أن تتجاهل أي فواتير من المستشفى إلى أن نتخذ قراراً فيما يخص طلبك

يمكن إرسال الطلبات مع الوثائق الداعمة لصحة البيانات بواسطة الفاكس على الرقم: 801-8504 (516)

أو إرسالها بريدياً إلى العنوان:

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services

Expressway Plaza, Suite 200 3

Roslyn Heights, NY 11577

Att :Jerome Fields

NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS

طلب الحصول على الرعاية الخيرية

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____
 اسم العائلة _____ الحروف الأولى من الاسم الأوسط _____ الاسم الأول _____
 العنوان _____
 الرقم والشارع ورقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ المنطقة البريدية _____
 رقم الهاتف () _____ الوظيفة _____ صاحب العمل _____
 عنوان صاحب العمل _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

الدخل - أدرج مجموع الدخل لنفسك ولزوجتك ولجميع أفراد الأسرة الآخرين من:

| نوع الدخل | إجمالي الـ 3 شهور الماضية | إجمالي الـ 12 شهرا الماضية |
|---|---------------------------|----------------------------|
| الأجور | | |
| عوائد الأعمال الحرة | | |
| الدعم الحكومي | | |
| الضمان الاجتماعي | | |
| مخصصات البطالة/ تعويضات العمال | | |
| الزفقة | | |
| إعالة الطفل | | |
| المعاشات | | |
| الدخل من الأرباح | | |
| الموارد (حسابات بنكية، استثمارات، قروض، إلخ.) | | |
| المجموع | | |

تطلب المستشفى أن ترسل وثائق لإثبات الدخل الذي ذكرته أعلاه. قد تتضمن أمثلة الوثائق إيصال أجر، خطابًا من صاحب العمل إذا أمكن، استثمار 1040، إلخ.

عدد أفراد الأسرة - أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك:

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

ملحوظة: يُرجى إرفاق ورقة أخرى إذا احتجت إلى مساحة إضافية.

يمكن تقديم هذا الطلب للمستشفى في أي وقت خلال عملية الفوترة والتحويل.

بمجرد قيامك بإرسال طلبًا مستكملًا بالإضافة إلى الوثائق الداعمة لصحة البيانات إلى المستشفى على العنوان المذكور أدناه، يمكنك أن تتجاهل أي فواتير إلى أن تُصدر المستشفى قرارًا مكتوبًا فيما يخص طلبك.

لإرسال طلب الحصول على الرعاية الخيرية، يُرجى قراءة الإقرار التالي، والتوقيع في المكان المشار إليه أدناه.

أطلب - بموجب هذه الوثيقة - أن تقوم NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS بالفصل كتابة في أهليتي لتلقي الرعاية الخيرية. وأنفهم أن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بدخلي السنوي وعدد أفراد أسرتي تكون خاضعة للتحقق من صحتها من قِبل المستشفى. وأنفهم أيضًا أنه إذا تبين أن المعلومات التي أقدمها مزورة، فإن هذا الأمر سيتسبب في رفض تقديم الرعاية الخيرية لي، كما أنني قد أتحمّل مسؤولية تكاليف الخدمات المقدمة. أوكد أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأضيف أنني - بموجب هذه الوثيقة - أعطي الإذن - NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS للتحقق من أي معلومة ذات صلة بهذا الطلب.

التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب _____ رقم الحساب _____

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services
 Expressway Plaza, Suite 200 3
 Roslyn Heights, NY 11577
 Att: Jerome Fields
 أو بواسطة الفاكس على الرقم: (516) 8504-801

يتم إرسال الطلب مكتملاً إلى العنوان: