

رقم السجل الطبي
رقم السجل الطبي

اسم المريض
اسم المريض

Geisinger Health System
100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822-4938
هاتف: 4206-640-800

اسم الضامن
عنوان الضامن
المدينة والولاية والرمز البريدي للضامن

التاريخ

السيد اسم الضامن:

مرفق طيه نسخة من طلب البيان المالي. الرجاء إكمال الاستبيان بأكمله. وفقاً للموقف المالي للعائلة، ربما نستطيع تقديم مساعدة جزئية أو كاملة لدفع فواتيرك الطبية. نعتقد أنه من صالحك تخصيص بعض الوقت لإكمال هذا الاستبيان المالي.

كافة الوثائق الموجودة على قائمة مراجعة البيان المالي مطلوبة لإكمال المعاملة. في حال عدم إرفاق أيًا منها، سوف يتم تأخير طلبك أو رفضه حتى يتم تزويد المعلومات.

أرسل البيان المالي وقائمة المراجعة المالية وكافة الوثائق الداعمة بالبريد إلى:

Geisinger Uncompensated Care Services 49-38
100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822-4938

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذه العملية، الرجاء الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 4206-640-800. الرجاء ترك فترة 30 يومًا على الأقل لمعالجة طلبك داخل نظامنا قبل الاتصال لمراجعة الحالة.

خالص التحيات،

قسم الرعاية المجانية
إدارة إيرادات Geisinger

للأسئلة أو المعلومات، اتصل بالرقم 4206-640-800 أو، إذا كنت سجلت لخدمة MyGeisinger، قم بزيارة mygeisinger.geisinger.org

طلب البيان المالي

يجب تعبئة جميع السطور، وإذا كان أحدها لا ينطبق عليك، اكتب "غير متاح" على السطر. سوف تتسبب الأسطر الفارغة في تأخير المعاملة.

الاسم: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____
 عنوان الشارع: _____ رقم السجل الطبي: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ الهاتف: _____
 ما المدة التي مكنتها في هذا العنوان: _____ إجمالي أفراد الأسرة: _____
 الحالة الاجتماعية: _____ متزوج _____ مطلق _____ أرمل _____ أعزب _____ منفصل _____
 صاحب العمل: _____
 اسم الزوجة: _____ رقم الضمان الاجتماعي للزوجة: _____
 اسم وتاريخ ميلاد ورقم السجل الطبي لأي فرد آخر سوف يتم تضمينه في هذا الطلب: _____

سبب التقدم للمساعدة المالية: الرصيد المستحق الخدمة المستقبلية
 اذكر الخدمة ومسؤولية المريض المتوقعة للخدمات المستقبلية: _____

دخل الأسرة

الدخل السنوي الإجمالي لمقدم الطلب: \$ _____
 الدخل السنوي الإجمالي المشترك لأفراد الأسرة الآخرين: \$ _____
 الدخل السنوي الإضافي: _____
 الضمان الاجتماعي: \$ _____ معاش التقاعد: \$ _____ العجز: \$ _____
 دعم الطفولة: \$ _____ النفقة: \$ _____ أخرى (حدد): \$ _____
 الدخل السنوي الإجمالي للأسرة: \$ _____
 هل مطلوب منك إعداد ملف دخل ضريبي فيدرالي؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل تقدمت لتغطية صحية عبر السوق؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل أنت معفي من التقدم للتغطية عبر السوق؟ _____ نعم _____ لا _____

الممتلكات

اسم البنك	نوع الحساب (جاري، ادخار، معاش K401، وديعة CD، تقاعد IRA، أخرى)	الرصيد

المنزل: _____ امتلاك _____ شراء _____ إيجار _____ منزل متنقل _____ أخرى _____
 السيارة (السيارات): _____ امتلاك _____ تمويل _____ عدد السيارات والسنوات _____
 الممتلكات الأخرى (عقارات أو سيارات): _____

صروفات الشهرية

_____ \$ تأمين السيارة	_____ \$ الهاتف	_____ \$ التدفئة	_____ \$ الرهن
_____ \$ تأمين الحياة	_____ \$ اشتراك الكابل	_____ \$ الكهرباء	_____ \$ الإيجار
_____ \$ التأمين الصحي	_____ \$ الغذاء	_____ \$ المياه/الصرف	_____ \$ السيارة
_____ \$ متنوع. (اشرح)	_____ \$ المواصلات	_____ \$ الضرائب	

المصروفات الأخرى:

النوع/الدائن	السداد الشهري	النوع/الدائن	السداد الشهري

المصروفات الإجمالية الشهرية: \$ _____

إنني أقر بصحة البيان أعلاه. كما أصرح بموجب هذه الوثيقة لشركة Geisinger بأن تتقصى المراجع أو البيانات الأخرى التي ذكرتها أو ذكرها أي شخص مرتبط بانتماني ومسؤوليتي المالية.

التاريخ: _____

التوقيع: _____

قائمة المراجعة للمساعدة المالية

لتجنب التأخيرات في معالجة طلبك، الرجاء استخدام قائمة المراجعة هذه للتحقق من إكمال/إرفاق جميع المعلومات المطلوبة.

تعبئة جميع الأسطر الموجودة بالبيان المالي. ذكر "غير متاح" على السطر، إذا كان العنصر لا ينطبق عليك.

إرفاق أحدث تقرير ضريبي فيدرالي، بما في ذلك جميع الجداول، وتوقيعه بواسطة جميع دافعي الضرائب على النموذج.
 إذا كنت قد أعددت ملفك الضريبي إلكترونياً، الرجاء التوقيع أسفل النموذج
 إذا لم يكن مطلوباً منك إعداد ملف ضريبي، يجب ذكر ذلك على البيان المالي

إرفاق نسخ من آخر فحص ثلاث (3) شهور و/أو بيانات حسابات الادخار (يجب أن تشمل كافة صفحات البيان - صفحات الملخصات لن تُقبل).
 إذا لم تكن تمتلك حساب ادخار أو حساب جاري، يجب ذكر ذلك على البيان المالي

إرفاق إثبات على الدخل من جميع مصادر جميع أفراد الأسرة.
 الموظف: نسخ من آخر أربعة (4) كعوب شيكات دفع متتابعة، أو خطاب من صاحب العمل على ورقة مطبوع عليها اسم الشركة تتضمن نفس المعلومات
 العاطل عن العمل: إذا لم يكن هناك دخل، خطاب موثق يوضح أنه لا وجود لدخل من أي مصدر
 تعويض البطالة: نسخة من خطاب تحديد الأهلية أو آخر أربعة (4) كعوب شيكات دفع أو نسخ من البيان المالي تُظهر الودائع
 الضمان الاجتماعي/العجز: نسخة من خطاب تحديد المزاييا للعام الحالي
 معاش التقاعد: نسخة من شيك معاش التقاعد أو الخطاب أو البيان المالي الذي يُظهر الودائع
 النفقة/دعم الطفولة: نسخة من الاتفاقية أو الخطاب أو الشيك أو البيان المالي الذي يُظهر الودائع

إرفاق أحدث بيانات حساب الاستثمار.

معاش K/403B401

تقاعد IRA

الإيراد السنوي مؤجل الضرائب

وديعة CD

أخرى

إرفاق نسخة من خطاب نفي المساعدة الطبية إذا كنت مسجلاً في برنامج العناية الطبية Medicare أو ليس لديك تأمين صحي (يجب ألا يكون الخطاب أقدم من عام واحد ويجب أن يشمل جميع الصفحات).

إرفاق نسخة من خطاب النفي أو خطاب الإعفاء من السوق.

في حالة الزواج والانفصال الحالي، إرفاق إثبات على الانفصال.