

يُرجى إعادة إرسال الطلب بعد تلقيه ع غيره وإبقاء الوثائق لداعمة له لى:

Froedtert Health Patient Financial Services

Attn: Financial Assistance Team

400 Woodland Prime Suite 103

N74 W12501 Leatherwood Ct

Menomonee Falls, WI 53051-4490

ل هاتف: (800)466-9670

فاكس: 777-1503 (414)

financial.assistance@froedtert.com



يُرجى إعادة إرسال الطلب وإبقاء الوثائق لداعمة له لى. إن عدم إعادة الطلب بعد إكماله وجّه لوثائق لداعمة له لى. يُرجى إرسال النسخ من الوثائق؛ وسيتم منحها دون أيّ شكّ أو تردد. تُرسل النسخ الأصلية سيستلمت من قبل فريق الوثائق غير لمطوية في حالة عدم وفّر أي من المتطلبات لداعمة، لم يتخذ قسم التحقيق لى ان سبب عدم ترضيه.

يجب تقديم المتطلبات لداعمة لتالية من أجل معالجة طلبك:

- إذا كنت تحصل على الضمان الاجتماعي (Social Security Disability) أو يزيد عمرك عن 65 عامًا غير يُرجى إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى. إن كنت من قبل برنامج فاق "T19" ولم تحصل على "T19" غير يُرجى إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى.
- نسخة من أحدث قرارات ضريبة الدخل لى درالية لخص بلك ونم اذج W-2، ونم اذج ضرائب لجدول C إذا كنت أنت أو زوجك/زوجك أو ك كم لم تتعم زفني عمل حر، وكل ذلك أي جداول ضريبة لى ضفلية قدمة.
- ببات لدخل. إذا كنت متزوج/المتزوج غير يُرجى إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى عن ش هر واحد.
- نسخة حيفة من كشف حساب صوفي كامل لك من ابني ظه ر عي له لمك و/أو لمم زوجك/زوجك بم إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى.
- نسخة حيفة من بيان لك لمبتدائي خرك أنت أو زوجك/زوجك أو لظفك بم إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى عن ش هاداد ايداع واسهم والبرندات والمبتدات لبرنية والصرناي ايت مة.
- إذا كنت أنت أو زوجك/زوجك أو ك كم اعاطين عن العمل وتتلقون ان تعويضات لبطالة غير يُرجى إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى.
- إذا كنت أنت أو زوجك/زوجك أو ك كم اعاطين عن العمل وتتلقون ان دعماً من اسرة أو اصقء، سواعف صورة مة أوفي صورة غفة وقام غير يُرجى كمال نموذج "قرار لدخل" باعتباره ببطك المتحقق من لطريقة لتي تطلبها ا فوقك لى وية.
- إذا كنت أنت أو زوجك/زوجك أو ك كم لتتلقون ان جوع انتعاش لى عن العمل أو إعانات الضمان الاجتماعي أو مخصصات ا عة أو جوعات لمعثات أوفقة أو إعل لظل أو مساعدة عامة أو مخصصات لامحايين لقدام غير يُرجى إتصالك مع فريق الوثائق لداعمة له لى عن ش هاداد ايداع لى وضح ايداع لى للدخل.

معلومات لمريض

معلومات لزوج/الزوجة هي حلة لتزويجن)

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اسم _____ | اسم _____ |
| تاريخ لى د _____ | تاريخ لى د _____ |
| رقم لضم ان ا ستماعى _____ | رقم لضم ان ا ستماعى _____ |
| رقم ل هاتف _____ | رقم ل هاتف _____ |
| ل عنوان _____ | ل عنوان _____ |
| تلميك <input type="checkbox"/> لى جار <input type="checkbox"/> | تلميك <input type="checkbox"/> لى جار <input type="checkbox"/> |
| هل توجد عوارات أخرى من لى قبل مكم؟ نعم <input type="checkbox"/> ن <input type="checkbox"/> | هل توجد عوارات أخرى من لى قبل مكم؟ نعم <input type="checkbox"/> ن <input type="checkbox"/> |
| ج ه ل عمل _____ | ج ه ل عمل _____ |
| بدوام جزئى: <input type="checkbox"/> بدوام كامل: <input type="checkbox"/> | بدوام جزئى: <input type="checkbox"/> بدوام كامل: <input type="checkbox"/> |
| إجمالى لدخل _____ (بالدو ر) لكل | إجمالى لدخل _____ (بالدو ر) لكل |
| ساعة <input type="checkbox"/> لمبوع <input type="checkbox"/> ش هر <input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> (حدد واحداً) | ساعة <input type="checkbox"/> لمبوع <input type="checkbox"/> ش هر <input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> (حدد واحداً) |
| إذا لقت عاط عن ل عمل فإنتاريخ آخر يوم عمل هو _____ | إذا لقت عاط عن ل عمل فإنتاريخ آخر يوم عمل هو _____ |
| هل قدمت ضررب لدخل لى درللى عن ل عام ل لمضى؟ | هل قدمت ضررب لدخل لى درللى عن ل عام ل لمضى؟ |
| نعم <input type="checkbox"/> ن <input type="checkbox"/> إذا كنت ا ج قى عن مغي رضى من رى سخ ك المة. إذا كنت ا ج قى فإنتاريخ لى لى قى م ا ق رارات ك ان _____ | نعم <input type="checkbox"/> ن <input type="checkbox"/> إذا كنت ا ج قى عن مغي رضى من رى سخ ك المة. إذا كنت ا ج قى فإنتاريخ لى لى قى م ا ق رارات ك ان _____ |
| ل حلة ا ستماعى: أعزب <input type="checkbox"/> تزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> خص لبشركل ق ل ونى <input type="checkbox"/> م طق <input type="checkbox"/> | ل حلة ا ستماعى: أعزب <input type="checkbox"/> تزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> خص لبشركل ق ل ونى <input type="checkbox"/> م طق <input type="checkbox"/> |

يُرجى س رد فبردات لدخل واصل لخص بكم وبزوجك/زوجهك أناه:

| | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ل مريض | ل مريض |
| ل دخل لى دى () | ل دخل لى دى () |
| لضم ان ا ستماعى _____ | لضم ان ا ستماعى _____ |
| م خصصات ل م حاربى لى قدامى _____ | م خصصات ل م حاربى لى قدامى _____ |
| ت عويضات ل عمل _____ | ت عويضات ل عمل _____ |
| ل بطله _____ | ل بطله _____ |
| ل بطله/أباح _____ | ل بطله/أباح _____ |
| ل بطله/إعلة ل لطل _____ | ل بطله/إعلة ل لطل _____ |
| ل معاش _____ | ل معاش _____ |
| دخ ل ا عقى _____ | دخ ل ا عقى _____ |
| دخ ل ل عوارات اى جارية _____ | دخ ل ل عوارات اى جارية _____ |
| دخ ل آخر _____ | دخ ل آخر _____ |
| اصل _____ | اصل _____ |
| ل جراب ل جارى _____ | ل جراب ل جارى _____ |
| جراب ادخ ار لمبوق ل مال _____ | جراب ادخ ار لمبوق ل مال _____ |
| اس هم/البرن دات/ال م ب قات البرن بىة/الصرن اى ق ا ستماعى _____ | اس هم/البرن دات/ال م ب قات البرن بىة/الصرن اى ق ا ستماعى _____ |
| ش هادة اى داع _____ | ش هادة اى داع _____ |

لمحلولون. م حظة:لن يعبّر افراد لفينتزيد أعمارهم عن 18 عامً لبثبة معالين ! إذاكثوا مدرجين باعتبارهم معالين في ضربات لدخل. إذاكان ليك أكثر من 4 معالين فيرجى إفاق ورقة بخصلة).

| اسم | صلة لقربة | تاريخ لمي د |
|-----|-----------|-------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

معلومات لحدث (إذاكنت لخدمات لطبية لقدمة لبيك نكجة عن عرضك لحدثين طوي غي هبؤلية طرف ثالث فيرجى تقديم معلومات لحدث ومعلومات لتأمين):

تخفيفات لظروف:

قر وثن هذب أن لمعلومات لواردة أع ه هي معلومات كالمه ووثيقة. وفأوضب موجب هذا لاميتند مؤسسه Froedtert Health ولطبية طب Medical College of Wisconsin بانفصاح عن أي معلومات ضرورية للتحقق من لبيانات لمؤيب هفي هذا لطب. وع وة غي لك، لصرح موجب هذا لقرار بانفصاح عن أي معلومات ضرورية لمؤسسه Froedtert Health ولطبية طب Medical College of Wisconsin لأغراض لتتحقق من لبيانات لوارد هفي هذا لطب. تت هه ص حية هه لم وعلق بمرور سنة (6) لشر من تاريخ هه. تقدم هه لم وعلق ب موجب لقيم 146.81، من قنون وية هيركوسين.

التاريخ

التوقيع

تخبط مؤسسه Froedtert Health ولطبية طب Medical College of Wisconsin بالحق في قبض أي طب إذت م بباتت زهير لمعلومات أو ك ن تنؤصة أوفي حلة ليش لفي يتقيد لمطب أو انبثال لبرامج الامن اعدة ا خرى لم عمولب هه. ستنصيح جيع أرسدة الفنع لنتيب عد لك ميت حة غي لمريض. إذلتقيت بوعات ملية من حة خارجية (طرف ثالث في ماتي غي قب لك اليه ل لطبية فأن تتقرر بالزام كيب لغ مؤسسه Froedtert Health ولطبية طب Medical College of Wisconsin غي قبور ونفع لرضي بلكامل. سيعتم غفس أي خصوم اتت م يد هافي الامضي. سيعتم خدم هذا لطب وحده لت حيد ا فية لل حسن ول غي الامن اعدة لم لية ل دي كل من مؤسسه Froedtert Health ولطبية طب هيركوسين Medical College of Wisconsin لل حسن ول غي الامن اعدة أول طرح لم لية حول فلك ورك، يرجى اتصل الب مؤسسه Froedtert ولطبية طب Medical College of Wisconsin غي الرقم 805-5951 (414) أو غي الرقم لم ح لني 9670-466 (800).

قسم التحقق من لدخل

إذا كنت أنت أو زوجك/زوجك أو كلاً منكما لتتلقوا دعماً من أسرة أو اصقاً غيرجى كمال هذا لجزء من لطبيب اعباره ببيتك التحقق من لطريقة لتتطلبها فوقتك لليوية.

يجب كمال هذا لجزء بولسطة لمريض، ولذي يجبتوثقتوثقعه، أو كمال بولسطة لشخص لذي يساعده لمريض يدهمه من خ لتوفير غفوة وقامة له، أو يعطيه أمواً لرفع نفقات لمعيشة لليوية.

اسم لمريض _____

رقم الضمان الاجتماعي للمريض _____

لشخص لذي يؤتم لدعم

- إذا كنت تملك هذا لجزء نكتقدم دعم اللامريض غانثوثقك غى هذا لجزء يجثوثكتستحمل أي مسؤولية قلوبية عن فتح قلوبير لطية لمحررة هذا لمريض.
- يجب إفاق رنخة من بطقة له هية لحيية لتيتحمل صورة للشخص لذي يتقدم لدعم.

قراً، _____ بتحقيقه أن

(اسم لشخص لذي يتقدم لدعم)

لما هم حالي بملغ وقدره _____ دولار غى لئاسش هري من أجل

تغطية نفقات لمعيشة لليوية - _____

(اسم لمريض)

لتوقيع _____ لتاريخ _____

بالتوقيع لشخص لذي يتقدم لدعم)

أو

لمريض

- يجب بوثقتوثقعه لمريض.
 - يجب إفاق رنخة من بطقة له هية لحيية لتيتحمل صورة.
- تلقى دعماً من اصقاً أو أسرة لتغطية نفقات لمعيشة لليوية.

تلقى _____ دو رش هرياً

توقيع لمريض _____ لتاريخ _____

تحتوي ه من قبل: _____ لتاريخ _____