

قائمة تحقق طلب تقديم المساعدة المالية لنظام سوما (Summa):

يُرجى استخدام هذه القائمة للتأكد من تضمين المستندات المطلوبة مع طلبك للحصول على المساعدة المالية.

مطلوب بطاقة هوية بها صورة وإثبات دخل لجميع أفراد الأسرة كما هو مُعرف تحت بند "الأسرة" في طلب التقديم.

آلية التعريف:

- ☐ بطاقة هوية بها هوية تحتوي على صورة/رخصة قيادة/جواز سفر.
- ☐ إثبات الإقامة في ولاية أوهايو (فاتورة خدمات، أو فاتورة كابل، أو فاتورة هاتف، أو خطاب من المؤجر، أو كشف حساب الرهن العقاري).

إثبات وجود تغطية طبية أخرى: يُرجى إرفاق المستندات اللازمة مع الطلب.

- ☐ التأمين الصحي (مزايا شؤون المحاربين القدامى، أو ميديكير (Medicare)، أو ميديكيد (Medicaid)، أو التأمين التجاري).
- ☐ تعويضات العمال.
- ☐ تغطية حوادث المركبات.

إثبات الدخل: يجب أن يُظهر اسم المستفيد/الموظف.

- ☐ عاطل عن العمل، دخله 0 دولار.
- ☐ بيان بكيفية تلبية الاحتياجات الأساسية من طعام/سكن خلال الأشهر الثلاثة السابقة لتاريخ الخدمة.

- ☐ عاطل عن العمل، أتلقي إعانة بطالة.
- ☐ سجل مدفوعات إعانة البطالة لآخر 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة.

عمل حر/نموذج 1099 (يُرفق أحد المستندات أدناه).

- ☐ أحدث إقرار ضريبي موقع متضمنًا نموذج الملحق ج ونموذج 1099 (في حال وجود التمديد لتقديم الإقرارات، يُقبل الإقرار الضريبي للسنة السابقة حتى شهر يونيو من العام الحالي).

- ☐ بيان من صاحب العمل في حال إجراء الدفع من شركة أو فرد واحد، وكشوف الحساب البنكي لآخر 6 أشهر قبل تاريخ الخدمة.

التوظيف التقليدي / نموذج W2 (يُرفق أحد المستندات التالية)

- ☐ في حال استلام الأجر أسبوعيًا: 12 قسيمة راتب قبل تاريخ الخدمة.

- ☐ في حال استلام الأجر نصف شهريًا: 6 قسائم راتب قبل تاريخ الخدمة.

- ☐ في حال استلام الأجر نقدًا/شيك شخصي: خطاب من صاحب العمل وكشوف الحساب البنكي لآخر 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة.

- ☐ أحدث إقرار ضريبي موقع ونموذج W2، وكشوف الحسابات البنكية لآخر 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة (وفي حال وجود تمديد لتقديم الإقرارات، يُقبل الإقرار الضريبي للسنة السابقة حتى يونيو من العام الحالي).

المتقاعد

- ☐ مزايا التقاعد أو الدخل التكميلي من الضمان الاجتماعي.
- ☐ *يمكن الحصول على خطاب التحقق من خلال الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213.
- ☐ توزيعات المعاش التقاعدي أو حساب التقاعد (IRA، 401k، 403b).

التحقق من الدخل الآخر: يجب ذكر اسم المستفيد**

☐ النفقة الزوجية

☐ نفقة الطفل (فقط إذا كان مقدم الطلب/المريض هو الطفل).

☐ أخرى (الدخل من الإيجار، إلخ).

☐ تعويضات العجز للمحاربين القدامى.

☐ إعانات الضمان الاجتماعي للعجز أو إعانات الوراثة.

- ☐ *يمكن الحصول على خطاب التحقق من خلال الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213.



طلب تقديم الحصول على الدعم المالي



- برنامج ضمان الرعاية الصحية بمستشفيات ولاية أوهايو
- برنامج المساعدة المالية للرعاية الصحية

يُرجى كتابة جميع المعلومات

اسم المريض (الاسم الأخير، الأول، الأوسط)	رقم التأمين الاجتماعي	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي للمنطقة	رقم الهاتف المتاح	
تاريخ الخدمة	رقم حساب المستشفى	هل لديك تأمين؟ ☐ نعم ☐ لا
الوضع الوظيفي وقت الخدمة: ☐ موظف ☐ متقاعد ☐ عاطل عن العمل	أعزب ☐ متزوج/متزوجة ☐ أرمل/أرملة ☐ منفصل/منفصلة* ☐	
هل أنت مقيم في أوهايو وقت تلقيك الخدمة في المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا		
هل كنت مستفيداً نشطاً من برنامج Medicaid وقت تلقيك الخدمة في المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، ضع رقم فواتير Medicaid: _____		
هل كنت تقدم خدمة مساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة وقت تلقيك الخدمة في المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا		
اسم الزوج/ الزوجة (الاسم الأخير، الأول، الأوسط)	رقم التأمين الاجتماعي	تاريخ الميلاد
الوضع الوظيفي للزوج/ الزوجة وقت الخدمة: ☐ موظف ☐ متقاعد ☐ عاطل عن العمل		

تشمل "العائلة" المريض/المريضة، وزوجها/زوجته* (بغض النظر عن إذا ما كانوا يعيشون في نفس المنزل)، وجميع أبناء المريض، سواء كانوا بيولوجيين أو متبنين، دون سن 18 عاماً والذين يقيمون في المنزل. إذا كان المريض دون سن 18 عاماً، فإن "العائلة" تشمل المريض، والديه البيولوجيين أو بالتبني* (دون النظر إلى ما إذا كانوا يعيشون في نفس المنزل)، وأبناء الوالدين دون سن 18 عاماً الذين يقيمون في المنزل.

اسم الفرد	تاريخ الميلاد	علاقته بالمريض	إجمالي الدخل الذي تم استلامه خلال الأشهر الثلاثة السابقة لشهر تلقي الخدمة (إذا كان الدخل صفراً، يجب إكمال إقرار الدخل بقيمة \$0 أدناه)	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل
(المريض)		(بنفسه)		
إجمالي أفراد العائلة:			إجمالي دخل الأسرة:	

إقرار بعدم وجود دخل (\$0):

قدم بياناً موجزاً عن كيفية تلبية الاحتياجات الغذائية/السكنية الأساسية خلال الأشهر الثلاثة السابقة لتاريخ الخدمة

* يجب الإفصاح عن دخل الزوج/ الزوجة أو الوالد/الوالدة غير المقيم في المنزل، ما لم يكن الزوج/ الزوجة أو الوالد/الوالدة الغائب لا يساهم في دخل الأسرة؛ يُرجى استخدام خانة الدخل (INCOME) لتوثيق أنه "لا يساهم".

** يشمل إثبات الدخل، على سبيل المثال لا الحصر، نسخاً من إجمالي الأجور قبل الضرائب والمعاشات التقاعدية ومزايا الضمان الاجتماعي أو الضمان الاجتماعي لتأمين العجز أو إعانات البطالة والنفقة ونفقة إعالة الطفل (إذا كان الطفل مريض) ومزايا المحاربين القدامى وتوزيعات التقاعد (حساب التقاعد الفردي)، خطط التقاعد 401(k) و 403(b).

إذا كنت تتلقى مزايا الضمان الاجتماعي أو الإعاقة، يمكنك تقديم خطاب إثبات الدخل أو نموذج 1099 الأحدث. يمكن الحصول على خطاب التحقق من خلال الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213.

أنا الموقع أدناه، قدمت المعلومات المبينة أعلاه للنظر في طلب المساعدة المالية من نظام سوما الصحي (Summa Health System)؛

ووفقاً لأفضل معرفتي. أصرح بأن هذه المعلومات صحيحة ودقيقة. كما

أدرك أن هذه الأموال أموال فيدرالية وأتحمّل مسؤولية استخدامها نيابةً عني. و

أدرك أن نظام سوما الصحي يحتفظ بالحق في تعديل هذا البرنامج أو إلغائه وفقاً للوائح دائرة الوظائف والخدمات الأسرية في أوهايو (ODJFS).

X

(يجب أن يوقع المريض أو ممثله القانوني فقط حتى يكون الطلب سارياً)

(التاريخ)

X

(توقيع ممثل المستشفى والإدارة أو الوكالة)

(التاريخ)

بيان السياسة

يلتزم نظام سوما الصحي بتقديم المساعدة المالية لتلبية احتياجات المجتمع، دون النظر إلى العرق، أو العمر، أو الجنس، أو اللون، أو الخلفية العرقية، أو الأصل القومي، أو المواطنة، أو اللغة الأم، أو الدين، أو الإعاقة، أو الإعاقة الجسدية، أو التعليم، أو الوضع الوظيفي أو الدراسي، أو الوضع الاجتماعي، أو العلاقات، أو التغطية التأمينية، أو المكانة المجتمعية، أو أي عامل تمييزي آخر. برنامج المساعدة المالية للرعاية الصحية هو برنامج ممول بالكامل من نظام سوما الصحي. ويغطي المرضى غير المؤمن عليهم أو الذين لديهم تغطية تأمينية جزئية (أي غير المؤمن عليهم أو المؤمن عليهم جزئيًا) والذين يستوفون معايير الدخل والأهلية الأخرى.

المشاركة في سوق التأمين الصحي (التبادل الصحي)

- إذا اختار المريض عدم التسجيل في سوق التأمين الصحي/التبادل الصحي، فقد لا تُمنح المساعدة المالية إلا بعد إتمام التسجيل.
- الاستثناءات من هذه السياسة تشمل المرضى المحولين إلى مرفق رعاية تمريضية متخصصة (SNF)، والمرضى المتوفين دون تركة، والمرضى الذين تم توثيق حالتهم كمشردين.
- يمكن تقديم المساعدة المالية للرعاية الصحية بمجرد استيفاء المريض لمتطلبات التأمين.

الدخل السنوي					
عدد أفراد الأسرة	برنامج ضمان الرعاية الصحية بالمستشفيات (HCAP)	مؤسسة خيرية	مؤسسة خيرية	مؤسسة خيرية	مؤسسة خيرية
100% إرشادات الدخل الفيدرالي وخصم 100%	100% إرشادات الدخل الفيدرالي وخصم 100%	250%-101% إرشادات الدخل الفيدرالي خصم 100%	251%-400% إرشادات الدخل الفيدرالي من 251% إلى 400% المبلغ الذي يتم فرضه عادةً بناءً على المطالبات = خصم 86%		
1	15,960 دولار	15,961 دولار	39,900 دولار	39,901 دولار	63,840 دولار
2	21,640 دولار	21,641 دولار	54,100 دولار	54,101 دولار	86,560 دولار
3	27,320 دولار	27,321 دولار	68,300 دولار	68,301 دولار	109,280 دولار
4	33,000 دولار	33,001 دولار	82,500 دولار	82,501 دولار	132,000 دولار
5	38,680 دولار	38,681 دولار	96,700 دولار	96,701 دولار	154,720 دولار
6	44,360 دولار	44,361 دولار	110,900 دولار	110,901 دولار	177,440 دولار
7	50,040 دولار	50,041 دولار	125,100 دولار	125,101 دولار	200,160 دولار
8	55,720 دولار	55,721 دولار	139,300 دولار	139,301 دولار	222,880 دولار

بالنسبة للعائلات/الأسر التي تضم أكثر من 8 أفراد، يُضاف 5,680 دولار لكل فرد إضافي

يسري هذا التحديث على الخدمات المقدمة ابتداءً من 2026/01/01

تشمل "العائلة" المريض/المريضة، وزوجها/زوجته (بغض النظر عما إذا كانا يعيشان معًا أم لا)، وجميع أبناء المريض/المريضة، سواء كانوا بيولوجيين أو بالتبني، تحت سن 18 عامًا ويعيشون في المنزل. إذا كان المريض أقل من 18 عامًا، فلا يُحتسب أبناء الزوج أو الأحفاد ضمن أفراد العائلة، ما لم يكونوا متبنين قانونيًا، وذلك لأغراض هذه البرامج.

السياسة الكاملة متاحة عبر الرابط: summahealth.org/patientvisitor.

Summa Health System – Patient Account Services

P.O. Box 2090

Akron, OH 44398-6153



Summa Health System – Akron Campus • Summa Health System – Barberton Campus

FIN-26-80769/TA-GW/02-26/MULTI/ARABIC