



يُرجى إعادة إرسال الطلب بعد التوقيع عليه وإرفاق الوثائق الداعمة له إلى:  
 Froedtert Health Patient Financial Services  
 Attn: Financial Assistance Team  
 400 Woodland Prime Suite 103  
 N74 W12501 Leatherwood Ct  
 Menomonee Falls, WI 53051-4490  
 الهاتف: (800)466-9670  
 الفاكس: (414) 777-1503  
[financial.assistance@froedtert.com](mailto:financial.assistance@froedtert.com)

**يُرجى إعادة إرسال الطلب والأوراق اللازمة في أقرب وقتٍ ممكن.** إن عدم إعادة الطلب بعد إكماله وجميع الوثائق الداعمة له قد يؤدي إلى رفض طلبك. يُرجى إرسال نسخ من الوثائق؛ وسيتم مسحها ضوئيًا ثم تمزيقها. لا ترسل النسخ الأصلية. سيتم تمزيق الوثائق غير المطلوبة. في حالة عدم توافر أي من المستندات الداعمة، استخدم قسم التعليقات لبيان سبب عدم تضمينها.

**يجب تقديم المستندات الداعمة التالية من أجل معالجة طلبك:**

- إذا كنت تعيش بمنحة الضمان الاجتماعي للإعاقة (SSD) أو يزيد عمرك عن 65 عامًا، فيُرجى تضمين تاريخ الأهلية للخصم من Medicaid والمبلغ بالدولار. إذا تم رفضك من قبل برنامج الخصم من Medicaid، فيُرجى تقديم نسخة من الرفض.
- نسخة من أحدث إقرارات ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك ونماذج W-2، ونماذج ضرائب الجدول C إذا كنت أنت أو زوجتك/زوجك أو كلاكما تعملان في عمل حر، وكذلك أي جداول ضريبية إضافية مُقدمة.
- إثبات الدخل. إذا كنت متزوجًا/متزوجةً، فيُرجى تضمين بيانات الزوج/الزوجة، ويُرجى تقديم كعوب شيكات الدفع الحالية عن شهرٍ واحد.
- نسخة حديثة من كشف حساب مصرفي كامل لكل حساب يظهر عليه اسمك و/أو اسم زوجتك/زوجك؛ بما يتضمن بطاقات الخصم بالإيداع المباشر. لن يتم قبول الملخصات.
- نسخة حديثة من بيان لكل استثمار يخصك أنت أو زوجتك/زوجك أو كليكما، بما يتضمن شهادات الإيداع والأسهم والسندات والمستحقات السنوية والصناديق الائتمانية.
- إذا كنت أنت أو زوجتك/زوجك أو كلاكما عاطلين عن العمل وتلقيان تعويضات البطالة، فيُرجى تقديم إثبات لمخصصات البطالة.
- إذا كنت أنت أو زوجتك/زوجك أو كلاكما عاطلين عن العمل وتلقيان دعمًا من الأسرة أو الأصدقاء، سواء في صورة مالية أو في صورة غرفة وإقامة، فيُرجى إكمال نموذج "إقرار الدخل" باعتباره إثباتًا للتحقق من الطريقة التي تلبي بها نفقاتك اليومية.
- إذا كنت أنت أو زوجتك/زوجك أو كلاكما تتلقيان مدفوعات تعويض العمال أو إعانات الضمان الاجتماعي أو مخصصات الإعاقة أو مدفوعات المعاشات أو نفقة أو إعالة لطفل أو مساعدة عامة أو مخصصات المحاربين القدامى، فيُرجى تقديم إثبات لمبلغ المخصصات أو كشف حساب مصرفي يوضح الإيداع المباشر للدخل.

**معلومات المريض**

**معلومات الزوج/الزوجة (في حالة المتزوجين)**

الاسم _____	الاسم _____
تاريخ الميلاد _____	تاريخ الميلاد _____
رقم الضمان الاجتماعي _____	رقم الضمان الاجتماعي _____
رقم الهاتف _____	رقم الهاتف _____
العنوان _____	العنوان _____
تمليك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/>	تمليك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/>
هل توجد عقارات أخرى مسجلة باسمك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل توجد عقارات أخرى مسجلة باسمك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
جهة العمل _____	جهة العمل _____
بدوام جزئي: <input type="checkbox"/> بدوام كامل: <input type="checkbox"/>	بدوام جزئي: <input type="checkbox"/> بدوام كامل: <input type="checkbox"/>
إجمالي الدخل (بالدولار) لكل _____	إجمالي الدخل (بالدولار) لكل _____
ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> (حدد واحداً)	ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> (حدد واحداً)
إذا كنت عاطلاً عن العمل، فإن تاريخ آخر يوم عمل هو _____	إذا كنت عاطلاً عن العمل، فإن تاريخ آخر يوم عمل هو _____
هل قدمت ضرائب الدخل الفيدرالية عن العام الماضي؟	هل قدمت ضرائب الدخل الفيدرالية عن العام الماضي؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
الحالة الاجتماعية: أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> منفصل بشكل قانوني <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية: أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> منفصل بشكل قانوني <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/>

يُرجى سرد مفردات الدخل والأصول الخاصة بك وبزوجك/زوجتك أدناه:

**المريض**

**الزوج/الزوجة (في حالة المتزوجين)**

**الدخل (شهرياً)**

**الدخل (شهرياً)**

الضمان الاجتماعي	دولار _____	الضمان الاجتماعي	دولار _____
مخصصات المحاربين القدامى	دولار _____	مخصصات المحاربين القدامى	دولار _____
تعويضات العمال	دولار _____	تعويضات العمال	دولار _____
البطالة	دولار _____	البطالة	دولار _____
الفائدة/أرباح	دولار _____	الفائدة/أرباح	دولار _____
النفقة/إعالة الطفل	دولار _____	النفقة/إعالة الطفل	دولار _____
المعاش	دولار _____	المعاش	دولار _____
دخل الإعاقة	دولار _____	دخل الإعاقة	دولار _____
دخل العقارات الإيجارية	دولار _____	دخل العقارات الإيجارية	دولار _____
دخل آخر	دولار _____	دخل آخر	دولار _____
<b>الأصول</b>		<b>الأصول</b>	
الحساب الجاري	دولار _____	الحساب الجاري	دولار _____
حساب ادخار/سوق المال	دولار _____	حساب ادخار/سوق المال	دولار _____
الأسهم/السندات/المستحقات السنوية/ الصناديق الائتمانية	دولار _____	الأسهم/السندات/المستحقات السنوية/ الصناديق الائتمانية	دولار _____
شهادة الإيداع	دولار _____	شهادة الإيداع	دولار _____

المعالون. **ملاحظة:** لن يعتبر الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا بمثابة معالين إلا إذا كانوا مدرجين باعتبارهم معالين في ضرائب الدخل. (إذا كان لديك أكثر من 4 معالين، فُرجى إرفاق ورقة منفصلة).

الاسم	صلة القرابة	تاريخ الميلاد
1.		
2.		
3.		
4.		

معلومات الحادث (إذا كانت الخدمات الطبية المقدمة إليك ناتجة عن تعرضك لحادث ينطوي على مسؤولية طرف ثالث، فُرجى تقديم معلومات الحادث ومعلومات التأمين):

تعليقات/شرح للظروف:

أقر وأشهد بأن المعلومات الواردة أعلاه هي معلومات كاملة ودقيقة. وأفوض بموجب هذا المستند مؤسسة Froedtert Health وكلية طب Medical College of Wisconsin بالإفصاح عن أي معلومات ضرورية للتحقق من البيانات المُدلى بها في هذا الطلب. وعلاوة على ذلك، أصرح بموجب هذا الإقرار بالإفصاح عن أي معلومات ضرورية لمؤسسة Froedtert Health وكلية طب Medical College of Wisconsin لأغراض التحقق من البيانات الواردة في هذا الطلب. تنتهي صلاحية هذه الموافقة بمرور ستة (6) أشهر من تاريخها. تقدم هذه الموافقة بموجب القسم 146.81، من قانون ولاية ويسكونسن.

## التاريخ

## التوقيع

تحتفظ مؤسسة Froedtert Health وكلية طب Medical College of Wisconsin بالحق في رفض أي طلب إذا تم إثبات تزوير المعلومات أو كانت ناقصة أو في حالة الفشل في تقديم الطلب أو الامتثال لبرامج المساعدة الأخرى المعمول بها. ستصبح جميع أرصدة الدفع الذاتي بعد ذلك مستحقة على المريض. إذا تلقيت مدفوعات مالية من جهة خارجية (طرف ثالث) فيما يتعلق بالتكاليف الطبية، فأنت تقرر بالتزامك بإبلاغ مؤسسة Froedtert Health وكلية طب Medical College of Wisconsin على الفور ودفع الرصيد بالكامل. سيتم عكس أي خصومات تم تمديدها في الماضي. **سيستخدم هذا الطلب وحده لتحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية لدى كل من مؤسسة Froedtert Health وكلية طب ويسكونسن Medical College of Wisconsin.** للحصول على المساعدة أو لطرح أسئلة حول فاتورتك، فُرجى الاتصال بمؤسسة Froedtert وكلية طب Medical College of Wisconsin على الرقم 805-5951 (414) أو على الرقم المجاني 466-9670 (800).

### قسم التحقق من الدخل

إذا كنت أنت أو زوجتك/زوجك أو كلاهما تتلقيان دعمًا من الأسرة أو الأصدقاء، فيُرجى إكمال هذا الجزء من الطلب باعتباره إثباتًا للتحقق من الطريقة التي تلبي بها نفقاتك اليومية.

يجب إكمال هذا الجزء بواسطة المريض، والذي يجب توثيق توقيعه، أو إكماله بواسطة الشخص الذي يساعد المريض ويدعمه من خلال توفير غرفة وإقامة له، أو يعطيه أموالاً لدفع نفقات المعيشة اليومية.

اسم المريض \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي للمريض \_\_\_\_\_

#### الشخص الذي يُقدّم الدعم

- إذا كنت تملأ هذا الجزء لأنك تقدم دعمًا للمريض، فإن توقيعك على هذا الجزء لا يجعلك تتحمل أي مسؤولية قانونية عن دفع الفواتير الطبية المحررة لهذا المريض.
- يجب إرفاق نسخة من بطاقة الهوية الحالية التي تحمل صورة للشخص الذي يقدم الدعم.

أقر أنا، \_\_\_\_\_ بحقيقة أن  
(اسم الشخص الذي يُقدّم الدعم)

أساهم حاليًا بمبلغ وقدره \_\_\_\_\_ دولار على أساس شهري من أجل

تغطية نفقات المعيشة اليومية لـ \_\_\_\_\_  
(اسم المريض)

التوقيع \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
(توقيع الشخص الذي يُقدم الدعم)

أو

#### المريض

- يجب توثيق توقيع المريض.
  - يجب إرفاق نسخة من بطاقة الهوية الحالية التي تحمل صورة.
- أتلقي دعمًا من الأصدقاء أو الأسرة لتغطية نفقات المعيشة اليومية.

أتلقي \_\_\_\_\_ دولار شهريًا

توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

تم توثيقه من قبل: \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_