

# SHARP

يُرجى قراءة التالي بعناية قبل إتمام عملية تقديم الطلب.

تقدم "شارب للرعاية الصحية" (Sharp HealthCare) مساعدة مالية أو رعاية بأسعار مخفضة، أو رعاية خيرية للمرضى المؤهلين لذلك (فئات المرضى ذوي الدخل المنخفض وبدون تأمين صحي، والمرضى ذوي الدخل المنخفض ولهم تأمين صحي ومصاريهم الطبية مرتفعة التي تلبي معايير محددة). يجب أن تتوافر المتطلبات التالية: الضرورة الطبية الملحة للخدمات المطلوبة، يجب أن يساوي مجمل الدخل أو يقل عن 200% من "المبادئ التوجيهية الفدرالية لمكافحة الفقر" للحصول على المساعدة المادية، أو بين 201% - 400% للحصول على مساعدة مالية جزئية/رعاية بسعر مخفض. يجب الامتثال لكل مصادر التمويل المطبقة ويؤخذ القرار بناءً على التعاون الكامل. وتشمل خيارات التمويل: الخدمات الصحية للمقاطعة (CMS)، وبرنامج الرعاية الصحية في كاليفورنيا (Medi-Cal)، و"برنامج تعويض الضحايا بكاليفورنيا"، إلخ. الطلبات المرفوضة لقلّة التعاون لن تؤخذ في الاعتبار بالنسبة للمساعدة المالية. يجب على مقدم الطلب إكمال طلب المساعدة المالية المرفق وإرجاعه مدعوماً بكل المستندات المدرجة المبينة أعلاه، ويُفضّل أن يكون ذلك خلال 10 أيام من تاريخ الاستلام.

تُتاح أيضًا مساعدة مالية من أطباء غرفة الطوارئ ومقدمي الخدمة الآخرين (تُحصل فواتيرهم منفصلة). يُرجى الاتصال بمكتب إعداد فواتير الأطباء للاستفسار عن برنامج المساعدة المالية الخاص بهم على الرقم المدرج بكشف حساب فواتيرهم.

تشمل المستندات الداعمة على التالي (يُرجى إحضار نسخ من المستندات الأصلية؛ لأنها لا تُرد):

- تأكيد دخل ثلاثة شهور (جميع الاستثمارات المطلوبة):

- ~ كل كشوفات الحسابات البنكية عن آخر ثلاث (3) شهور.
- ~ إيصال الدفع أو أي دليل آخر على الدخل لآخر ثلاث (3) شهور.
- ~ تقديم إقرار ضريبي عن الدخل لآخر سنة (على سبيل المثال: استمارة 1040)
- ~ استمارة الربح والخسارة السنوي (جدول C) لذوي المهن الحرة.
- إرفاق نسخة لخطاب الرفض من برنامج المساعدة المالية للمقاطعة أو الولاية مثل: CMS أو Medi-Cal في حال توافره.
- نسخ من جميع الفواتير الطبية المدفوعة نقدًا من جانب المريض أو عائلة المريض في آخر 12 شهر.
- يجب على الطلبة البالغ عمرهم فوق 18 عامًا الذين يعيشون بمفردهم تقديم بيناتهم بأنفسهم، وذلك يشمل إثبات على التحاقهم بالمدرسة.
- يمكن للطلبة البالغ عمرهم فوق 18 عامًا وغير مستقلين تقديم إفادة دعم من الطرف الثالث الداعم، وإثبات على الالتحاق بالمدرسة بالإضافة لكل المستندات السابقة التي تنطبق عليهم.

قد تطلب "شارب للرعاية الصحية" أو وكلائها معلومات إضافية لدعم طلبك واستحقاقك للمساعدة المالية. جميع المعلومات خاضعة للمراجعة، بما يشمل وليس حصراً، الاتصال بصاحب العمل، والبنك، والتحقق من بطاقتك الانتمائية وحصر الممتلكات داخل وخارج الولايات المتحدة الأمريكية.

سنبلغك بالنتائج كتابيًا خلال 60 يوماً من تاريخ الاستلام. ستستمر في زيارتك إلى "شارب للرعاية الصحية" إلى أن يصدر القرار المالي. لأي استفسار عن طلب المساعدة المالية؛ تواصل بنا عن طريق الموقع التالي <http://www.sharp.com/billing> أو اتصل من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً بتوقيت الباسيفيك (المحيط الهادي) على (858)4992400.

عدد الأفراد في الأسرة الواحدة	200% من المبادئ التوجيهية لمكافحة الفقر لقسم الخدمات الصحية والإنسانية لعام 2024	400% من "المبادئ التوجيهية الفيدرالية لمكافحة الفقر"
1	30,120.00 دولار مجمل الدخل السنوي أو 2,510.00 دولار شهريًا.	60,240.00 دولار سنويًا أو 5,020.00 دولار شهريًا.
2	40,880.00 دولار سنويًا أو 3,406.00 دولار شهريًا.	81,760.00 دولار سنويًا أو 6,813.00 دولار شهريًا.
3	51,640.00 دولار سنويًا أو 4,303.00 دولار شهريًا.	103,280.00 دولار سنويًا أو 8,606.00 دولار شهريًا.
4	62,400.00 دولار سنويًا أو 5,200.00 دولار شهريًا.	124,800.00 دولار سنويًا أو 10,400.00 دولار شهريًا.
5	73,160.00 دولار سنويًا أو 6,096.00 دولار شهريًا.	146,320.00 دولار سنويًا أو 12,193.00 دولار شهريًا.
لكل فرد إضافي	10,760.00 دولار سنويًا.	21,520.00 دولار سنويًا.

لمزيد من المعلومات عن "المبادئ التوجيهية الفدرالية لمكافحة الفقر"، أو Medi-Cal، أو خدمة كاليفورنيا التي تعمل في إطار "قانون حماية المريض والرعاية الميسرة" (Covered California)، أو CMS؛ يُرجى زيارة المواقع التالية:

<https://www.federalregister.gov>: المبادئ التوجيهية الفدرالية لمكافحة الفقر

<https://www.coveredca.com>: Covered California

<https://consumerhealth.org>: Consumer Alliance

<http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>: Medi-Cal

[www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county\\_medical\\_services](http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services): CMS

# SHARP

## طلب مساعدة مالية

يسلم إلى:

Sharp HealthCare  
8695 Spectrum Center Blvd.  
San Diego, CA 92123  
Private Pay Unit/PFS-ICD  
أو البريد الإلكتروني:

[SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com](mailto:SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com)

فاكس: (858)6362368

رقم الزيارة

#

#

الإجمالي بالدولار

تجيز هذه الاستمارة الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية المحفوظة لاستخدامها بالطريقة التالي شرحها، وهذا أمر طوعي. لا يمكن لـ "شارب للرعاية الصحية" أن تمنع العلاج عنك فقط لرفضك ملء الاستمارة. لا يضمن ملء الاستمارة جدارتك أو حصولك على المساعدة المالية.

كما ورد بالقانون الفدرالي؛ أجاز أنا لموظفي أو وكلاء "شارب للرعاية الصحية" الإفصاح عن أو استخدام المعلومات الواردة مع الاستمارة، أو التي قدمتها لتقرير جدارتي للمساعدة الصحية، أو إذا كانت المستشفى مؤهلة للحصول على مساعدة مالية لتغطية جزء من أو كامل تكاليف رعايتي. أتفهم ضرورة ملء الاستمارة بالكامل. أتفهم أنني سأظل مسؤولاً عن فاتورة المستشفى بغض النظر عن حصولي على مساعدة أم لا، إلا في حال جدارتي لتلقي "مساعدة مالية". يمكن الإفصاح عن المعلومات المقدمة في الاستمارة - فقط عند الحاجة - إلي:  
(1) شركات الأدوية التي قد تقدم للمستشفى أدوية بديلة مجانية أو مُحَفَّضَةً بناءً على حالتي المالية.  
(2) بعض المؤسسات الخيرية أو المهنية أو الحكومية الأخرى التي قد تقدم برامج مساعدات مالية متعلقة بالصحة.

### I. بيانات المريض (يرجى طبعها)

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
رقم المنزل: \_\_\_\_\_  
رقم العمل: \_\_\_\_\_  
هل أعلن أن المريض مصاب بعجز دائم؟  
 نعم  لا

الاسم \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
صاحب العمل \_\_\_\_\_  
الوظيفة \_\_\_\_\_

### II. بيانات الزوج/الزوجة (أو الأب/الأم إذا كان عمر المريض أقل من 18 سنة)

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
رقم المنزل: \_\_\_\_\_  
رقم العمل: \_\_\_\_\_

الاسم \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
صاحب العمل \_\_\_\_\_  
الوظيفة \_\_\_\_\_

### III. أب/أم آخرون (إذا كان عمر المريض أقل من 18 سنة)

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
رقم المنزل: \_\_\_\_\_  
رقم العمل: \_\_\_\_\_

الاسم \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
صاحب العمل \_\_\_\_\_  
الوظيفة \_\_\_\_\_

IV. سجل جميع الأشخاص المقيمين في منزل المريض (أو منزل الأبوين إذا كان عمر المريض أقل من 18 سنة)

العمر	درجة القرابة	الاسم

VII. الأصول

المبالغ النقدية المتوفرة باليد  
عقارات داخل أو خارج الولايات المتحدة الأمريكية:  
العنوان القيمة المادية أقساط  
العنوان القيمة المادية أقساط  
القيمة التجارية  
أخرى  
إجمالي

VIII. أصول أخرى

رصيد حساب جاري/ مؤسسي\*\*  
رصيد حساب توفير/ مؤسسي\*\*  
المركبة 1 (السنة/الماركة/الموديل/القيمة)  
المركبة 2 (السنة/الماركة/الموديل/القيمة)  
سيارات الرحلات/قوارب/دراجة نارية/عربة منزل متنقل:  
(السنة/الماركة/الموديل/القيمة)  
إجمالي

V. الدخل الشهري

راتب المريض\*  
راتب الزوج/الزوجة\*  
راتب الأب/الأم\*  
(إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا)  
الضمان الاجتماعي\*  
معاش غير أجل\*  
بدل عجز\*  
بدل بط\*  
نفقة زوجة/إعالة طفل\*\*\*\*  
فوائد مستحقة\*  
بدل إيجار  
أخرى  
إجمالي

VI. مصاريف المعيشة الأساسية

إيجار/رهن عقاري (اختار واحدة)  
مصاريف الصيانة  
نفقة زوجة/إعالة طفل\*\*\*\*  
طعام/مستلزمات  
مرافق/تليفون  
كساء  
تأمين طبي/أسنان  
سيارة/تنقلات  
مدرسة أو رعاية طفل  
أقساط/قرض متجدد  
المدفوعات الطبية الحالية:  
وقود وتصليات  
مغسلة/نظافة  
أخرى  
إجمالي

\*يتضمن إيصالات دفع المرتب أو أي دليل على الدخل لأخر ثلاث (3) شهور.

\*\*يتضمن آخر (3) كشوفات للحساب البنكي.

\*\*\* يتضمن نسخ من جميع الفواتير المدفوعة نقدًا من جانب المريض أو عائلة المريض في آخر 12 شهر.

\*\*\*\*تقديم المستندات الداعمة مثل: أحكام، موافقات، ديون، إلخ\*

- أقر أنا - تحت طائلة عقوبة شهادة الزور - أن جميع البيانات المقدمة من طرفي صحيحة وحقيقية حسب علمي.
- أوافق على تبليغ مقدم الخدمة - خلال 10 أيام - عن أي تغييرات في الدخل أو الممتلكات أو المصروفات أو المنزل أو العنوان.
- أفهم إمكانية طلب إثبات بياناتي، وأن جميع المعلومات خاضعة للمراجعة بما يشمل وليس حصراً: الاتصال بصاحب العمل، والبنك، والتحقق من بطاقتك الائتمانية وحصر الممتلكات داخل وخارج الولايات المتحدة الأمريكية.
- أوافق أيضاً أنه في حال تلقي الرعاية الصحية بسبب حادثة أو إصابة، عليّ سداد قيمة ذلك للمقاطعة أو الولاية أو الحكومة الفدرالية أو المستشفى من المتحصلات من أي دعاوي قانونية أو تسويات ناتجة عن ذلك.
- أفهم أنه في حال عدم تأهلي للمساعدة المالية، سأكون مسؤولاً عن سداد نفقات الخدمات المقدمة من "شارب للرعاية الصحية". يمكنني الطعن على القرار خلال 30 يوماً من تلقي نتيجة الطلب مع إدراج مستندات كتابية أخرى أو تحديد موعد شخصي مع مدير الأعمال أو المدير المالي أو أي مدير آخر مناسب. لتحديد موعد، يمكنك الاتصال بخدمة العملاء من يوم الأثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 4:30 مساءً بتوقيت الباسيفيك (المحيط الهادي) على (858)4992400. قد يُطلب منك بعد 30 يوماً تقديم طلب جديد لمراجعة الطعن.
- يفوض الموقع أدناه "شارب للرعاية الصحية" بالحصول على تقرير انتمائي للمريض للمساعدة في تقرير ما إذا كان مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية. من المفهوم مشاركة البيانات مع جهات أخرى كما هو موضح في هذه الاستمارة.
- أفهم أنه في حال خروج بياناتي من "شارب للرعاية الصحية"، تصبح "شارب" غير قادرة على التحكم في البيانات أو حمايتها بطريقة مباشرة، وأنا أخطي مسؤولية "شارب للرعاية الصحية" من أي تبعية قد تظهر نتيجة نشر بياناتي مع الشركات والمؤسسات المذكورة أعلاه.
- أفهم إمكانية فسخ هذا التفويض كتابياً في أي وقت، طبقاً للتعليمات الواردة في إخطارات ممارسات الخصوصية لـ "شارب للرعاية الصحية"، إلا في حال اتخاذ أي تصرف بناءً على هذا التفويض.

ينتهي التفويض لطلب المساعدة المالية هذا خلال 90 يوماً من تاريخ الاستلام.

**التعليقات:**

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

توقيع الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

الأب/الأم/الوصي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_