

مرحباً،

قد تكون رعايتك الصحية مكلفة للغاية. ونريد أن نتأكد من حصولك على جميع أشكال المساعدة التي تحتاجها. طلب الحصول على المساعدة المالية مرفق مع هذا الخطاب. مازال يمكنك التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية حتى إذا كان لديك تأمين، إذ يمكنه مساعدتك على دفع تكاليف مثل الدفع المشترك أو الخصومات أو التأمين المشترك.

تعتمد الأهلية على دخلك السنوي، والذي يتم تحديده من خلال إجمالي دخلك (إجمالي الدخل قبل أي خصومات) الذي تلقته أسرتك في الأسابيع الأربع الماضية.

يرجى إكمال الطلب وإعادته مع جميع المواد الداعمة المطلوبة.

وفقاً لما يلي بعض الأمثلة على إثبات الدخل:

- أحدث إقرار ضريبي فيراري، إذا طلب منك تقديمها.
- أحدث 4 أسابيع متتالية من كشوف الراتب. اعتماداً على دخلك، قد يكون هذا:
 - 4 كشوف راتب إذا كان الدفع أسبوعياً
 - 2 من كشف الراتب إذا كان الدفع كل أسبوعين
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، بيان الأرباح والخسائر المفصل لآخر شهر
- خطاب مخصصات الضمان الاجتماعي/بيان المعاش التقاعدي للعام الحالي، وما إلى ذلك.
- خطاب المساعدة العامة الحالي
- بيان إعانتات البطالة أو التعويضات لآخر 4 أسابيع
- إثبات آخر على الدخل الذي حصلت عليه في الأسابيع الأربع الماضية، مثل نفقة الطفل، أو نفقة الزوجة، أو المنح، أو أرباح البانصيب، أو المكافآت
- لا يوجد دخل؟ قم بتقديم بياناً يشرح وضعك الحالي وكيفية دعمك. إذا كنت تعيش على المدخرات، فقدم بياناتك المصرفية لآخر شهر.

لن تقبل الطلبات المستلمة بدون جميع الوثائق المطلوبة وسيتم إرجاعها إليك. إذا تم تضمين جميع الوثائق مع طلبك، فيمكنك توقيع أن تتلقى ردًا منا في غضون 60 يوماً. لا تمثل الموافقة ضماناً للمساعدة المالية، إذ يتم تطبيق بعض الاستثناءات.

يرجى ملاحظة أنه خلال هذه العملية لن يتم الاحتفاظ ببياناتك وستستمر في التقادم. ويجب عليك الاستمرار في المشاركة في هذه العملية، وت تقديم معلومات إضافية عندما يتطلب ذلك لمنع عمليات الجمع المحتملة. تتطلب خطط الدفع وجود بطاقة ائتمان أو معلومات مصرافية مسجلة لمعالجة خطة الدفع الشهرية.

في حال لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بمنكتنا على الرقم المجاني **804-2499 (866)**.

شكراً لك
الخدمات المالية للمرضى في MaineHealth

إعلان الرعاية الطبية المجانية لغير القادرين على الدفع — 2025

يشترط قانون ولاية مين تقديم العناية الطبية المجانية للمقيمين في ولاية مين من ذوي الدخل الأقل من 150 بالمائة من مستوى الفقر الفيدرالي. وتتوفر MaineHealth الرعاية المجانية لجميع المرضى ذوي الدخل البالغ 200 بالمائة أو أقل من مستوى الفقر. كما قد يحق أيضاً للمقيمين في نيو هامشير الذين يتلقون الرعاية في Hospital Memorial و/أو عيادات أطباء MaineHealth ذات الصلة الأخرى الاستفادة من برنامج الرعاية المجانية.

%200	%150	عدد أفراد الأسرة
\$31,300.00	\$23,475.00	1
\$42,300.00	\$31,725.00	2
\$53,300.00	\$39,975.00	3
\$64,300.00	\$48,225.00	4
\$75,300.00	\$56,475.00	5
\$86,300.00	\$64,725.00	6
\$97,300.00	\$72,975.00	7
\$108,300.00	\$81,225.00	8
\$11,000.00	\$8,250.00	كل فرد إضافي

للتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية، يرجى الاتصال بنا من خلال:

- مكتب الخدمات المالية للمرضى على الرقم المجاني 866-804-2499 خلال ساعات العمل العادية من يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 4:30 مساءً

لن يتجاوز مبلغ التكاليف قيمة الفاتورة التي تقدم عادة إلى برنامج Medicare

في حالة الموافقة على حصولك على الإعانة المالية بمقتضى سياستنا وكانت تلك الموافقة لا تغطي مصاريف الخدمة بالكامل، فلن يُضاف إلى فاتورتك مقابل الرعاية الصحية الطارئة أو الضرورية طيباً أكثر من قيمة الفاتورة الاعتيادية للمرضى الذين يتمتعون بتأمين صحي.

وتحتها الرعاية الطبية الضرورية هي التي تُقدم مجاناً. إذا لم تقرّ أهليتك للحصول على الرعاية الطبية المجانية، يجوز لك عندئذٍ طلب عقد جلسة استماع عادلةٍ. سنوضح لك طريقة طلب عقد جلسة استماع عادلةٍ.

استشارات MaineHealth المالية

طلب مساعدة مالية أو خطة دفع ممددة

أتقدم بطلب للحصول على: مساعدة مالية خطة دفع ممددة كلها

معلومات مقدم الطلب

الاسم	اسم العائلة	تاريخ الميلاد	
العنوان	المدينة/الولاية/رمز البريدي	الهاتف	
الحالة الاجتماعية (اختياري)	صاحب العمل (اذكر أصحاب العمل كلهم خلال آخر 4 أسابيع)	تاريخ البدء والراتب	

معلومات الزوج/زوجة/مقدم الطلب المشترك (المتزوجون أو الشركاء المحليون المسجلون فقط)

الاسم	اسم العائلة	تاريخ الميلاد	
رقم الهاتف	صاحب العمل	تاريخ البدء والراتب	

المعالون (جميع مقدمي الطلبات الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً ويقيمون حالياً مع مقدم الطلب)

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب	رقمتعريف MaineCare

دخل الأسرة

يجب على مقدم الطلب وأسرته تقديم إقرار ضريبي فيدرالي كامل للعام السابق، أو بيان يفيد بعدم وجود دخل.

إذا كانت الأسرة تحصل على:	المبلغ شهرياً:	يجب على مقدم الطلب تقديم:	رقم الراتب أو نتائج التوظيف
أرباح/رواتب من صاحب العمل (أصحاب العمل)	د.أ.	كشف الرواتب أو تقرير تفصيلي عن الراتب من كل وظيفة لآخر 4 أسابيع أو آخر 12 شهراً، مع إظهار إجمالي الدخل والإقرار الضريبي الفيدرالي الكامل للسنة السابقة.	
دخل من عمل خاص/إيجار	د.أ.	بيان الأرباح والخسائر عن آخر شهر أو 12 شهراً والإقرار الضريبي الفيدرالي الكامل للسنة السابقة.	
إعانت للبطالة أو الإعاقة قصيرة الأجل أو الإعاقة طويلة الأجل أو تعويضات العمل	د.أ.	تقرير مطالبات أسيوعي يوضح الدخل الإجمالي لآخر 4 أسابيع أو 12 شهراً أو وثيقة دفع فصلية من صاحب العمل توضح مدفوعات الإعاقة.	
ضمان اجتماعي أو تأمين ضمان اجتماعي ضد العجز	د.أ.	خطاب مزايا للسنة الحالية. خطاب نسخة من خطاب المزايا الخاص بك، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov . لم يتم قوله النموذج 1099	
استحقاقات تقاعد أو معاش	د.أ.	خطاب أو بيان مزايا (401K)، أو حساب التقاعد الفردي، أو ما إلى ذلك) يوضح إجمالي المبلغ الموزع.	
مساعدة عامة	د.أ.	خطاب مزايا المساعدة العامة للشهر الحالي.	
لم يكن هناك دخل في آخر 3 أشهر	د.أ.	بيان يشرح الدعم الذي تتلقاه، على أن يكون موافقاً من الشخص الذي يقدم الدعم، وإذا كنت تعيش على المدخرات، فستحتاج أيضاً إلى تقديم كشف الحساب المصرفي لآخر شهر.	
نفقة الزوجة/الأطفال	د.أ.	نسخة من أمر المحكمة أو الشيكات/الإيصالات النقدية لمدة 4 أسابيع.	
توزيعات أرباح/فوائد	د.أ.	بيانات الأرباح ربع السنوية أو كشف حساب مصرفي لآخر شهر.	
أخرى	د.أ.	مكاسب البانصيب، والأرباح غير المرتبطة بالأجور، والأجور النقدية مقابل الأعمال العابرة المختلفة، وما إلى ذلك للأسباع الأربع الماضية	

يرجى الانتقال إلى الجانب الآخر من النموذج.

تتوفر لدى MaineHealth موارد لمساعدتك على:

قد تتم إخالة المقيمين في ولاية مaine ونيو هامبشير إلى فريق مساعدة المرضى في MaineHealth أو ببرامج الولاية والبرامج الفيدرالية الأخرى. يمكنك الاتصال بنا مباشرةً للحصول على مزيد من المعلومات على الرقم 1-833-644-3571.

كما يمكن لسكان ولاية مaine التقى للحصول على برنامج MaineCare عن طريق الاتصال على الرقم **1-800-6003-442** أو زيارة الموقع الإلكتروني <https://www.maine.gov/benefits/accounts/login.html>

ويمكن لسكان نيو هامبشير أيضاً التقديم على الحصول على برنامج Medicaid عن طريق الاتصال على الرقم **3841-447-603-1** أو زيارة الموقع الإلكتروني <https://nheasy.nh.gov>

*ليست هناك حاجة للنفقات إذا كنت تقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية فقط

الدفعه الشهريه المطلوبه:					
لتبرير خطة الدفع الممدة، يرجى إدراج المعلومات التالية المتعلقة ب النفقات الأسرية					
يرجى ذكر جميع النفقات الشهريه التي تتطبق على أسرة مقدم الطلب:					
المدفو عات الشهريه:	النفقات:	المدفو عات الشهريه:	النفقات:	المدفو عات الشهريه:	النفقات:
د.أ.	بطاقات ائتمان	د.أ.	غاز/زيت (حرارة)	د.أ.	إسكان (رهن عقاري/إيجار)
د.أ.	فواتير طبية	د.أ.	قرض شخصي/قرض أصل عقاري	د.أ.	ضرائب عقارية
النفقات الإضافية:		د.أ.	رعاية أطفال	د.أ.	تأمين لمالكي المنازل/المستاجر
د.أ.		د.أ.	401K/403B (إذا كان يتم خصمها من شيك الراتب، فلا تقم بإضافتها)		المرافق:
د.أ.		د.أ.	قرض سيارة	د.أ.	هاتف منزل/هاتف خلوبي
د.أ.		د.أ.	تأمين على سيارة	د.أ.	الكهرباء
د.أ.		د.أ.	بنزين للسيارة	د.أ.	مياه الصرف الصحي
د.أ.		د.أ.	بقالة/سلع منزلية	د.أ.	كابل/قمر صناعي
د.أ.		د.أ.	تكليف للحيوانات الأليفة	د.أ.	إنترنت

يمكن إرسال نموذج الطلب المكتمل والوثائق إلى:

<p>:MyChart تقديم المستندات وتحميلها على mychart.mainehealth.org</p>	<p>إرسال فاكس إلى: (207)-661-8043</p>	<p>إرسال بريد إلى: MaineHealth – PFS Attn: Financial Counseling 22 Bramhall Street Portland, ME 04102</p>
---	---	---

تذكّر تضمّين نسخة من وثائق إثبات الدخل.

أؤكد أن المعلومات المقدمة، بما في ذلك معلومات الدخل، حقيقة وصحيحة على حد علمي. وأدرك أن المعلومات التي أقدمها في ما يتعلق بدخل السنوي وحجم أسرتي تخضع للتحقق من جانب [MaineHealth](#). كما أدرك أيضًا أنه إذا تقرر أن أيًا من المعلومات التي أقدمها خاطئة، فسيؤدي هذا إلى رفض تقديم الخدمات الممثلة في المساعدة المالية، وأنه، سأكون مسؤولاً عن سداد رسوم الخدمات المقدمة.

توقيع مقدم الطلب المشترك _____ **توقيع مقدم الطلب** _____
التاريخ _____ **التاريخ** _____

لطرح أسئلة تتعلق بهذا الطلب، يرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء على الرقم المجاني 804-2499 (866).