

مرحبًا،

قد تكون رعايتك الصحية مكلفة للغاية. ونريد أن نتأكد من حصولك على جميع أشكال المساعدة التي تحتاجها. طلب الحصول على المساعدة المالية مُرفق 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 الأربعة الماضية.

**يُرجى إكمال الطلب وإعادته مع جميع المواد الداعمة المطلوبة.**  
وفيما يلي بعض الأمثلة على إثبات الدخل:

- أحدث إقرار ضريبي فيدرالي، إذا طُلب منك تقديمه.
- أحدث 4 أسابيع متتالية من كشوف الراتب. اعتمادًا على دخلك، قد يكون هذا:
  - 4 كشوف راتب إذا كان الدفع أسبوعيًا
  - 2 من كشوف 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 إعانات البطالة أو التعويضات لآخر 4 أسابيع
- إثبات آخر على الدخل الذي حصلت عليه في الأسابيع الأربعة الماضية، مثل نفقة الطفل، أو نفقة الزوجة، أو المنح، أو أرباح اليانصيب، أو المكافآت
- لا يوجد دخل؟ قم بتقديم بيانًا يشرح وضعك الحالي وكيفية دعمك. إذا كنت تعيش على المدخرات، فقدم بياناتك المصرفية لآخر شهر.

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

يُرجى ملاحظة أنه خلال هذه العملية لن يتم الاحتفاظ بحساباتك وستستمر في التقادم. ويجب عليك الاستمرار في المشاركة في هذه العملية، وتقديم معلومات إضافية عندما يُطلب منك ذلك لمنع عمليات الجمع المحتملة. تتطلب خطط الدفع وجود بطاقة انتماء أو معلومات مصرفية مسجلة لمعالجة خطة الدفع الشهرية.

في حال لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بمكتبنا على الرقم المجاني 804-2499 (866).

شكرًا 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. وتوفر MaineHealth الرعاية المجانية لجميع المرضى ذوي الدخل البالغ 200 بالمائة أو أقل من مستوى الفقر. كما قد يحق أيضاً للمقيمين في نيو هامشاير الذين يتلقون الرعاية في Memorial Hospital و/أو عيادات أطباء MaineHealth ذات الصلة الأخرى الاستفادة من برنامج الرعاية المجانية.

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

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 تُقدم 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 طبياً أكثر من قيمة الفاتورة الاعتيادية للمرضى الذين يتمتعون بتأمين صحي. وحدها الرعاية الطبية الضرورية هي التي تُقدم مجاناً. إذا لم تَقَرَّ أهليتك للحصول على الرعاية الطبية المجانية، يجوز لك عندئذٍ طلب عقد جلسة استماعٍ عادلة. سنوضح لك طريقة طلب عقد جلسة استماعٍ عادلة.

## استشارات MaineHealth المالية

طلب مساعدة مالية أو خطة دفع ممددة

أتقدم بطلب للحصول على: مساعدة مالية ☐ خطة دفع ممددة ☐ كلاهما ☐

### معلومات مقدم الطلب

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

### معلومات الزوج/الزوجة/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 عامًا ويقيمون حاليًا مع مقدم الطلب)

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب	رقم تعريف 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 شهريًا:	يجب على مقدم الطلب تقديم:
أرباح/رواتب من صاحب العمل (أصحاب العمل)	د.أ.	كشوف الرواتب أو تقرير تفصيلي عن الراتب من كل وظيفة لآخر 4 أسابيع أو آخر 12 شهرًا، 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 شهرًا والإقرار الضريبي الفيدرالي الكامل للسنة السابقة.
إعانات للبطالة أو الإعاقة قصيرة الأجل أو الإعاقة طويلة الأجل أو تعويضات العمال	د.أ.	تقرير مطالبات أسبوعي يوضح الدخل الإجمالي لآخر 4 أسابيع أو 12 شهرًا أو وثيقة دفع مفصلة من صاحب العمل توضح مدفوعات الإعاقة.
ضمان اجتماعي أو تأمين ضمان اجتماعي ضد العجز	د.أ.	خطاب مزايا للسنة الحالية. لطلب نسخة من خطاب المزايا الخاص بك، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> . لم يتم قبول 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 موقفاً من الشخص الذي يقدم الدعم. وإذا كنت تعيش على المدخرات، فستحتاج أيضًا 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 اليانصيب، والأرباح غير المرتبطة بالأجور، والأجور النقدية مقابل الأعمال العابرة المختلفة، وما إلى ذلك للأسابيع الأربعة الماضية

يُرجى الانتقال إلى الجانب الآخر من النموذج.

تتوفر لدى MaineHealth موارد لمساعدتك على:

قد تتم إحالة المقيمين في ولاية ماين ونيو هامبشير إلى فريق مساعدة المرضى في MaineHealth ليتم فرزهم من أجل برنامجي MaineCare/NH Medicaid أو برامج الولاية والبرامج الفيدرالية الأخرى. يمكنك الاتصال بنا مباشرة للحصول على مزيد من المعلومات على الرقم 1-833-644-3571.

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

ويمكن لسكان نيو هامبشير أيضًا التقدم بطلب للحصول على برنامج NH Medicaid عن طريق الاتصال على الرقم 1-603-447-3841 أو زيارة الموقع الإلكتروني <https://nheasy.nh.gov>

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

خطوة الدفع الممددة	الدفعة الشهرية المطلوبة: د.أ.				
لتبرير خطة الدفع الممددة، يُرجى إدراج المعلومات التالية المتعلقة بنفقات الأسرة					
يُرجى ذكر جميع النفقات الشهرية التي تنطبق على أسرة مقدم الطلب:					
النفقات:	المدفوعات الشهرية:	النفقات:	المدفوعات الشهرية:	النفقات:	المدفوعات الشهرية:
إسكان (رهن عقاري/إيجار)	د.أ.	غاز/زيت (حرارة)	د.أ.	بطاقات ائتمان	د.أ.
ضرائب عقارية	د.أ.	قرض شخصي/قرض أصل عقاري	د.أ.	فواتير طبية	د.أ.
تأمين لمالكي المنازل/المستأجر	د.أ.	رعاية أطفال	د.أ.	النفقات الإضافية:	
المرافق:		401K/403B (إذا كان يتم خصمه من شيك الراتب، فلا تقم بإضافته)	د.أ.		د.أ.
هاتف منزل/هاتف خلوي	د.أ.	قرض سيارة	د.أ.		د.أ.
الكهرباء	د.أ.	تأمين على سيارة	د.أ.		د.أ.
مياه الصرف الصحي	د.أ.	بنزين للسيارة	د.أ.		د.أ.
كابل/قمر صناعي	د.أ.	بقالة/سلع منزلية	د.أ.		د.أ.
إنترنت	د.أ.	تكاليف للحيوانات الأليفة	د.أ.		د.أ.

يمكنك إرسال نموذج الطلب المكتمل والوثائق إلى:

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

### تذكر تضمين نسخة من وثائق إثبات الدخل.

أؤكد أن المعلومات المقدمة، بما في ذلك معلومات الدخل، حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأدرك أن المعلومات التي أقدمها في ما يتعلق بدخلي 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 المتمثلة في المساعدة المالية، وأنني ساكون مسؤولاً عن سداد رسوم الخدمات المقدمة.

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
توقيع مقدم الطلب المشترك \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

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