

## ملخص المساعدة المالية

يدرك مركز Montefiore Medical Center أن هناك أوقات يواجه فيها المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية صعوبة لدفع قيمة الخدمات المقدمة. وتقدم المعونة المالية تخفيضات للأفراد المؤهلين استنادًا إلى الدخل وحجم العائلة. علاوة على ذلك، يمكننا مساعدتكم لطلب تأمين مجاني أو منخفض التكلفة إذا كنتم مؤهلين لذلك. فقط اتصلوا بأحد ممثلي المعونة الأمريكية على الرقم 718-920-5658 أو تفضلوا بزيارتنا بالعنوان 1825 Eastchester Road أو 111 East 210<sup>th</sup> Street Room RS-001 أو 600 East 233<sup>rd</sup> Street (التسجيل المركزي)، أو مكتب الإدخال)، أو St. Raymond Avenue 2475 (تسجيل المرضى الخارجيين) أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني [financialaid@montefiore.org](mailto:financialaid@montefiore.org) للحصول على مساعدة مجانية وسريّة. ويمكنكم الاطلاع على المزيد من المعلومات عن سياسة المساعدة المالية على العنوان <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>. يمكنكم أيضاً تلقي طلب بدون تكلفة عبر البريد.

### من يحق له الحصول على تخفيض؟

تتوفر المساعدة المالية للمرضى الذين ليس لديهم تأمين صحي أو لديهم تغطية تأمين صحي محدود والذين يقيمون في منطقة الخدمة الرئيسية للمركز الطبي (ولاية نيويورك).

يقدم مركز Montefiore Medical Center أيضاً ترتيبات سداد للمرضى الذين لديهم تغطية تأمين ولكنهم لا يستطيعون تحمل سداد نفقات نظرية أو يعانون من صعوبة.

يمكن لكل شخص مقيم في ولاية نيويورك يحتاج إلى خدمات رعاية طارئة أو خدمات طبية ضرورية تلقي الرعاية والحصول على خصم.

ولا يمكن حرمانكم من الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية الضرورية لأنكم بحاجة إلى مساعدة مالية.

يمكنكم طلب الحصول على خصم بغض النظر عن الوضع القانوني من حيث الهجرة.

### ما حدود الدخل؟

يختلف مبلغ التخفيضات استنادًا إلى الدخل وحجم العائلة. إذا لم يكن لديك تأمين صحي أو لديك تأمين صحي محدود، فيما يلي حدود الدخل:

فئات الدخل الإجمالي (الحدود العليا)											2019 مستوى الفقر المحدد فيدرالياً - حجم العائلة
11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
أكثر من 500%	500%	400%	300%	250%	200%	185%	175%	150%	125%	100%	
\$62,450	\$62,450	\$49,960	\$37,470	\$31,225	\$24,980	\$23,107	\$21,858	\$18,735	\$15,613	\$12,490	1
\$84,550	\$84,550	\$67,640	\$50,730	\$42,275	\$33,820	\$31,284	\$29,593	\$25,365	\$21,138	\$16,910	2
\$106,650	\$106,650	\$85,320	\$63,990	\$53,325	\$42,660	\$39,461	\$37,328	\$31,995	\$26,663	\$21,330	3
\$128,750	\$128,750	\$103,000	\$77,250	\$64,375	\$51,500	\$47,638	\$45,063	\$38,625	\$32,188	\$25,750	4
\$150,850	\$150,850	\$120,680	\$90,510	\$75,425	\$60,340	\$55,815	\$52,798	\$45,255	\$37,713	\$30,170	5
\$172,950	\$172,950	\$138,360	\$103,770	\$86,475	\$69,180	\$63,992	\$60,533	\$51,885	\$43,238	\$34,590	6
\$195,050	\$195,050	\$156,040	\$117,030	\$97,525	\$78,020	\$72,169	\$68,268	\$58,515	\$48,763	\$39,010	7
\$217,150	\$217,150	\$173,720	\$130,290	\$108,575	\$86,860	\$80,346	\$76,003	\$65,145	\$54,288	\$43,430	8
\$22,100	\$22,100	\$17,680	\$13,260	\$11,050	\$8,840	\$8,177	\$7,735	\$6,630	\$5,525	\$4,420	لكل شخص إضافي يجب إضافة

\* استنادًا إلى المبادئ التوجيهية لمستوى الفقر المحدد فيدرالياً لسنة 2019

### ماذا لو لم تنطبق علي حدود الدخل؟

إذا لم تستطع سداد قيمة الفاتورة، يقدم مركز Montefiore Medical Center فئات مساعدة مالية لكل المتقدمين بطلب. تتوقف نسبة الخصم على دخلك السنوي وحجم العائلة. كما نقدم خطط دفع على أقساط ولن تتجاوز المدفوعات الشهرية عشرة في المائة من الدخل الشهري. كما يتوفر خصم على

سبيل المجاملة للمرضى الذين ينطبق عليهم مستوى الفقر المحدد فيدراليًا بنسبة أكثر من 500%. كما تتوفر خصومات على المدفوعات الذاتية للخدمات غير اللازمة طبيًا.

**هل يمكن لشخص ما أن يشرح الخصم؟ هل يمكن لشخص ما أن يساعدني على التقدم بالطلب؟**

نعم، تتوفر المساعدة المجانية والسرية. اتصل بقسم المعونة المالية على الرقم 718-920-5658 أو على رقم الهاتف الخاص بأي من مكاتب المعونة المالية المذكورة أدناه.

إذا لم تتحدث الإنجليزية، فسوف يساعدك شخص ما باللغة التي تتحدثها. كما تتوفر الطلبات والملخصات والسياسة الكاملة بعدة لغات مجانًا.

يمكن أن يخبرك ممثل المعونة المالية إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة، مثل Medicaid أو Child Health Plus أو أحد برامج التأمين الصحي المؤهلة (أثناء التسجيل المفتوح).

إذا وجد ممثل المعونة المالية أنك غير مؤهل لتأمين منخفض التكلفة، فسوف يساعدك على التقدم بطلب للحصول على خصم.

سوف يساعدك الممثل على تعبئة جميع النماذج ويخبرك بالمستندات التي تحتاج إلى إحضارها.

يُرجى زيارة أحد المواقع المذكورة أدناه أو زيارة الموقع الإلكتروني <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> للحصول على معلومات إضافية أو مساعدة.

- 111 East 210<sup>th</sup> Street (Room RS-001) 718-920-5658 (Moses Campus)
- 600 East 233<sup>rd</sup> Street (Central Registration) 718-920-9954 (Wakefield Campus)
- 1825 Eastchester Road (Admitting Office) 718-904-2865 (Weiler Campus)
- 2475 St. Raymond Avenue (Outpatient Registration) 718-430-7339 (Westchester Square Campus)

**ما الذي أحتاجه للتقدم بطلب الحصول على خصم؟**

إثبات دخل مقبول:

- بيان عدم العمل
- خطاب الضمان الاجتماعي/مكافأة المعاش
- إيصال الدفع/خطاب إثبات العمل
- خطاب الدعم
- خطاب مصادقة (في الظروف الملانمة)
- إقرار ضريبي أو نموذج W2

جميع الخدمات اللازمة طبيًا المقدمة من قبل مركز Montefiore Medical Center تخضع للخصم. وهذا يتضمن خدمات المرضى الخارجيين ورعاية الطوارئ والإدخال في حالات الطوارئ للمرضى الداخليين.

قد لا تكون التكاليف الخاصة بالأطباء الخصوصيين الذين يقدمون خدمات في المستشفى مشمولة بالتغطية. يجب أن تتحدث مع الأطباء الخصوصيين لمعرفة ما إذا كانوا يقدمون خصمًا أو برنامجًا للسداد. للاطلاع على قائمة مقدمي الخدمات ومعرفة ما إذا كانوا مشاركين أو غير مشاركين في برنامج المعونة المالية الخاص بالمركز الطبي يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> أو الاتصال بمكتب المعونة المالية وسوف تُقدم لك قائمة بشكل شخصي أو عبر البريد.

**كم مقدار المبلغ الذي يجب أن أدفعه؟**

يبدأ مبلغ خدمة المرضى الخارجيين أو غرفة الطوارئ من \$0 للأطفال والنساء الحوامل، حسب دخلك. يبدأ مبلغ خدمة المرضى الخارجيين أو غرفة الطوارئ من \$15 للبالغين، حسب دخلك.

سوف يقدم لك ممثل المعونة المالية تفاصيل بشأن الخصم (الخصومات) الخاص (الخاصة) بك بعد الانتهاء من مراجعة طلبك.

لن يتم تحميل المرضى تكاليف أكثر من المبالغ المفوترة بشكل عام لرعاية الطوارئ أو الرعاية الطبية الأخرى الضرورية.

**كيف أحصل على الخصم؟**

يجب تعبئة نموذج الطلب. وفرر حصولنا على ما يثبت ذلك، يمكننا مراجعة طلبك لتطبيق خصم وفقًا لمستوى الدخل. ستكون لديك 30 يومًا لاستكمال الطلب.

يمكنك طلب خصم قبل موعد حصولك على الخدمة أو عندما تأتي إلى المستشفى لتلقي الرعاية أو عندما تستلم الفاتورة عبر البريد.

أرسل النموذج بعد تعبئته إلى العنوان Montefiore Medical Center-111 EAST 210<sup>TH</sup> Street, Bronx, N.Y. 10467/ Main Cashiers Room RS-001 أو احضره إلى الغرفة رقم Room RS-001.

بعد تقديم الطلب والوثائق على النحو المطلوب، يمكنك تجاهل أي فواتير حتى يتخذ المستشفى قراراً بشأن طلبك.

**كيف سأعرف إذا تمت الموافقة على حصولي على خصم؟**

سوف يرسل مركز Montefiore Medical Center خطاباً في غضون 30 يوماً بعد استكمال الوثائق وتقديمها، ليخبرك إذا حصلت على الموافقة ومستوى الخصم الذي ستحصل عليه.

**ماذا لو استلمت فاتورة أثناء انتظاري لمعرفة ما إذا كان يمكن لي الحصول على خصم؟**

لا يمكن مطالبتك بدفع قيمة فاتورة إحدى المستشفيات بينما لا يزال طلبك للحصول على خصم قيد النظر. وإذا تم رفض طلبك، فيجب أن تخبرك المستشفى خطأً بالسبب وإفادتك بكيفية استئناف هذا القرار أمام مستوى أعلى داخل المستشفى.

**ماذا لو لدي مشكلة لا يمكنني حلها مع المستشفى؟**

يمكنك الاتصال بالخط الساخن للشكاوى الخاصة بإدارة الصحة لولاية نيويورك على الرقم 1-800-804-5447.

مركز MONTEFIORE MEDICAL CENTER  
طلب معونة مالية

معلومات مقدم الطلب					
اسم المريض			رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)		
العنوان		تاريخ الطلب			
المدينة		الولاية	الرمز البريدي		
الهاتف		العلاقة بالمريض		المريض ذاته الزوج/الزوجة الطفل الوالد/الوالدة الجد/الجدة الحفيد غير ذلك	
إجمالي الدخل السنوي		حجم العائلة	الرصيد المستحق		
ورقة عمل الأهلية: للاستخدام المكتبي فقط					
ممثّل المعونة المالية		رقم الحساب		رصيد الحساب المعدل	
رقم السجل الطبي للمريض		رقم الحساب		الرقم المرجعي للفاتورة	
الدخل المثبت بموجب IRS		نعم لا	1. إيصال دفع		2. خطاب وظيفي
إجمالي الدخل السنوي المثبت		4. خطاب دعم (إن وجد)		أخرى (يرجى التحديد):	
3. مستندات من سوق العمل					
تم اعتماد مقدم الطلب للحصول على معونة مالية ضمن مستوى الفئة التالي (1-10)					
تاريخ استلام الطلب		تاريخ تعديل الحساب			
تاريخ الإشعار بالمعونة المالية		تاريخ الموافقة/الرفض			
					اعتمده:

**بيان الطلب**

إن توقيعى على هذا الطلب يؤكد التفويضات بشأن تخصيص الاستحقاقات وإصدار المعلومات المتعلقة بالخدمات الطبية المقدمة في مركز Montefiore Medical Center.

أثناء كوني مؤهلاً للحصول على المعونة المالية، أو أوافق على إبلاغ مركز Montefiore Medical Center بأي تغييرات في حالتي العائلية فيما يتعلق بحجم العائلة وتغيرات الدخل والتغطية الصحية التي يمكن أن تغير أهليتي للحصول على المعونة المالية. وأفوض صاحب العمل وشركة التأمين الصحي بإعطاء مركز Montefiore Medical Center معلومات عن الدخل وأقساط التأمين الصحي والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة والخصومات والفوائد المشمولة بالتغطية التي يحق لي الحصول عليها.

وإذا كنت أطلب المعونة المالية بسبب حادث أو غير ذلك من الحالات وحصلت على أموال بسبب هذا الحادث أو تلك الحالة من أي مصادر مثل صندوق تعويضات العمال أو شركة تأمين، فإنني سأرد لمركز مونتيفيوري الطبي ما تم دفعه من مال لقاء أي خدمات طبية تم تقديمها في مركز Montefiore Medical Center وتم دفع مقابل هذه الخدمات أو تم تعديل قيمتها بموجب المعونة المالية.

جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة حسب أفضل معلوماتي وأوافق على تقديم الوثائق عند الطلب.

الاسم المطبوع للمريض	التاريخ	
توقيع المريض		
أنا مخول قانوناً بتقديم موافقة نيابة عن المريض المشار إليه أعلاه. علاقتي بالمريض تتمثل فيما يلي:		
توقيع الشخص المفوض	التاريخ	
العلاقة بالمريض		

أكمل هذا الطلب وأعدده مع إثبات الدخل/ المستندات الداعمة إلى أي من مكاتب خدمات المرضى المالية في أي من مواقع Montefiore التالية:

**Moses Campus – RM-001**

111 East 210<sup>th</sup> Street  
Bronx, NY 10467  
718-920-5658

**Wakefield Campus**

600 East 233<sup>rd</sup> Street  
Bronx, NY 10466  
718-920-9954

**Weiler Campus**

1825 Eastchester Road  
Bronx, NY 10461  
718-904-3529

**Westchester Square Campus**

2475 Saint Raymond Ave  
Bronx, NY 10461  
718-430-7339

بعد تقديم الطلب والوثائق على النحو المطلوب، يمكنك تجاهل أي فواتير حتى يتخذ المستشفى قراراً بشأن طلبك.  
يُرجى تعبئة الطلب في غضون 30 يوماً.