

شكرًا لك على الاتصال بمكتب فوترة الهيئة الصحية التابع لجامعة يوتا لمناقشة حسابك والاستفسار بشأن المساعدة المالية.

من أجل المضي قدمًا، يرجى إرسال المستندات التالية إلى العنوان أسفل هذه الصفحة:

- طلب مالي مكتمل (مرفق)
- خطاب يوضح وضعك المالي الحالي
- نسخة من الحسابات المصرفية لآخر 3 أشهر
- نسخة كاملة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية للعام الماضي بما في ذلك نماذج W-2
- نُسخ قسائم شيك الرواتب أو دخل آخر من آخر فترتي (2) دفع أو كليهما

أنت لست ملزمًا بالكشف عن أي من هذه المستندات أو كلها. ومع ذلك، من دون هذه المعلومات، لا تستطيع الهيئة الصحية التابعة لجامعة يوتا تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة ولن يمكنك تعديل رصيدك أو منع حسابك من التحصيل.

يجب استلام المستندات في غضون 30 يومًا من تاريخ هذا الخطاب. إذا لم تُستلم المستندات بحلول ذلك الوقت، فسنستأنف نشاط التحصيل. إذا لم تكن قادرًا على تقديم مستند أو أكثر، فيرجى تضمين الظروف التي تمنع إدراجها في رسالتك.

بمجرد تقديم الوثائق المطلوبة، سوف تُستكمل المراجعة لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية كاملة أو جزئية. سيتم إخطارك في غضون 30 يومًا من استلام طلبك بنتيجة المراجعة. إذا كانت لديك أي أسئلة أخرى، فيرجى الاتصال بممثل خدمة العملاء على أحد الأرقام المبينة أدناه.

مع خالص التقدير،

ممثّل الفوترة

الهيئة الصحية التابعة لجامعة يوتا

6303 - 801-587 (للاتصال من داخل يوتا)

4937 - 800-862 (للاتصال من خارج الولاية)

طلب الحصول على مساعدة مالية

اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم الحساب:

اسم الطرف المسؤول \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض \_\_\_\_\_ هاتف المنزل \_\_\_\_\_ الهاتف الخليوي \_\_\_\_\_

اسم صاحب العمل \_\_\_\_\_ هاتف العمل \_\_\_\_\_

اسم الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_

هاتف منزل الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ الهاتف الخليوي للزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ اسم صاحب عمل الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_

يرجى ذكر العناوين التي سكنت فيها في آخر 12 شهرًا:

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	من (شهر/عام)	الى (شهر/عام)

هل يعيش الزوج/الزوجة في نفس منزل الطرف المسؤول (ضع دائرة حول اختيار واحد)؟  نعم  لا

حجم الأسرة المعيشية

نحن نستخدم إرشادات مماثلة مثل إرشادات دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) لتحديد أفراد الأسرة المعيشية.

إجمالي عدد الأشخاص الذين يعيشون في المنزل
---

يرجى وضع دائرة حول "نعم" أو "لا"

اسم الشخص المعال	تاريخ الميلاد	العلاقة	يعيش مع الطرف المسؤول لأكثر من نصف عام	يوفر الطرف المسؤول أكثر من نصف إجمالي الدعم لهذا الشخص	مواطن أمريكي أو حاصل على الجنسية الأمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة أو مقيم في كندا أو المكسيك؟	هل الطرف المسؤول هو الوحيد الذي يدعي أن هذا الشخص معال؟
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا

## الدخل

نوع الدخل	مبلغ الطرف المسؤول	مبلغ الزوج/الزوجة	يلزم التحقق
العمل - الإجمالي	\$	\$	<input type="checkbox"/> نسخة من الحساب المصرفي لأخر 3 أشهر <input type="checkbox"/> نسخة كاملة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية للعام الماضي بما في ذلك نماذج W-2 <input type="checkbox"/> نُسخ قسائم شيك الرواتب أو دخل آخر من آخر فترتي (2) دفع أو كليهما
العمل الحر - الإجمالي	\$	\$	<input type="checkbox"/> نسخة من الحساب المصرفي لأخر 3 أشهر <input type="checkbox"/> نسخة كاملة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية للعام الماضي بما في ذلك نماذج W-2 <input type="checkbox"/> تقرير الربح والخسارة
معاش، تقاعد، 401K، IRA، دخل الضمان الاجتماعي	\$	\$	<input type="checkbox"/> تقديم بيان التقاعد/المعاش و/أو خطاب منح الضمان الاجتماعي
البطالة ودخل الإعاقة وما إلى ذلك.	\$	\$	<input type="checkbox"/> تقديم خطاب مكافأة البطالة أو الإعاقة <input type="checkbox"/> البيانات المصرفية لأخر 3 أشهر
دعم الطفل، النفقة	\$	\$	<input type="checkbox"/> البيانات المصرفية لأخر 3 أشهر
غير ذلك (يرجى إدراج المصدر):	\$	\$	<input type="checkbox"/> تقديم البيانات المصرفية لأخر 3 أشهر مع توضيح مصدر الدخل

## الأصول

النوع	المؤسسات المالية	إجمالي الرصيد
نقدي		\$
حسابات التوفير		\$
الحسابات الجارية		\$
الأسهم أو السندات		\$
غير ذلك:		\$

## قائمة جميع الديون الطبية المعقدة

رقم الحساب	اسم المزود	الرصيد الأصلي	الأرصدة الحالية	الدفعات الشهرية
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

## سرد جميع الديون المستحقة الآن

الدائن، نوع الدين (بطاقة الائتمان، القروض الشخصية)	الدفعات الشهرية	الرصيد الحالي
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

تطلب من جميع المرضى الذين يتقدمون للحصول على مساعدة مالية محاولة استخدام وسائل تمويل أخرى.



أقر بموجب هذه الوثيقة، وعلى استعداد للقسم، أن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وكاملة على حد علمي. أتفهم أيضًا أنه قد يتم سحب تقرير مكتب الائتمان للتحقق من الموارد.

التاريخ

التوقيع (الطرف المسؤول)

التاريخ

التوقيع (الزوج/الزوجة)

يرجى تحويل جميع المراسلات إلى:

University of Utah Health  
Billing Office  
PO Box 841482  
Los Angeles, CA 90084-1482  
البريد الإلكتروني: [billing@healthcare.utah.edu](mailto:billing@healthcare.utah.edu)  
الفاكس: 801.213.3385

إشعار قانون الخصوصية: تحتفظ الهيئة الصحية التابع لجامعة يوتا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك من أجل لاستخدامات الروتينية بشكل سري، مثل تسهيل مطابقة المستندات والتحقق من هويتك وتتبع تاريخك الطبي والحساسية من الأدوية والظروف الموجودة مسبقًا وتحصيل الديون وتوفير هذه المعلومات للدافعين مثل شركة التأمين الخاصة بك أو Medicaid أو برنامج المعونة الطبية Medicare أو اللجنة الصناعية. يمثل الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أمرًا طوعيًا، ولكنه ضروري لتحديد أهليتك للحصول على خصومات وتمديد الائتمان الخاص بك. إذا كان الدافع يستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك كمعرف، فقد يؤدي عدم الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى تأخير الدفع مقابل الخدمات المغطاة أو رفضه، وقد يُحتسب عليك رسوم مقابل هذه الخدمات. سيستخدم رقم الضمان الاجتماعي بموافقتك على هذه المقاصد.

تلتزم الهيئة الصحية التابعة لجامعة يوتا بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.