

## المساعدة المالية المقدمة من INOVA

IAH IFH IMVH IFOH ILH

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Date) التاريخ

\_\_\_\_\_ (Patient) المريض

\_\_\_\_\_ (MRN) رقم السجل الطبي

عزيزي المريض/الوصي:

لقد تسلمت نموذج المساعدة المالية المقدمة من Inova الخاص بك. لتجهيز طلبك، نحتاج إلى المعلومات التالية.

يُرجى تقديم المستندات التالية المشار إليها: (كل ما ينطبق عليك. يُرجى تقديم نسخ فقط، لا أصول)

**X** نسخة من إقرار ضريبة الدخل الاتحادية لعام 2018 لنفسك أو للزوج أو للشريك المحلي (يُرجى إرسال أول صفحتين فقط من الضرائب – 1040 نموذجًا)

**X** نسخة من إيصال الدفع الحالية لنفسك أو للزوج أو للشريك المحلي.

▪ إذا كنت تحصل على أموالك نقدًا، يُرجى تقديم خطاب موثق من صاحب العمل ينص على راتبك، وساعات عملك، واسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه.

▪ إثبات لأي نوع آخر من الدخل الذي يتسلمه أي فرد من أفراد الأسرة/العائلة --- بدل البطالة أو الضمان الاجتماعي أو الإعاقة أو التقاعد أو دعم الطفولة أو النفقة.

▪ إثبات دعم (إذا كنت لا تعمل أنت وزوجك أو شريكك) (موثَّق)

▪ إثبات الإقامة (9 أشهر قبل تاريخ الخدمة)

▪ إقرار ذاتي بالدخل (تقديم بيان سنوي من محاسبك أو مستند موثق منك)

▪ أخرى

إن عدم تقديم المستندات المطلوبة سيؤدي إلى رفض طلبك، ويجعلك مسؤولاً عن رصيد الحساب بالكامل. إذا كان لديك أي سؤال أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من الوقت لجمع الوثائق المطلوبة، يُرجى الاتصال على رقم 571-423-5880. إذا كنت تفضل إرسال الإقرارات عبر الفاكس؛ رقم الفاكس لدينا هو 571-423-5886.

**\*\* بمجرد استلام إقرارات الدخل وحجم الأسرة، يُرجى الانتظار لمدة 30 يومًا لمعالجة الحسابات\*\***

===== مهم! =====

INOVA Health System  
Financial Aid Office  
2990 Telestar Court, 1<sup>st</sup> floor  
Falls Church, VA 22042

أرفق المستندات بهذه الورقة  
وأرسلها بالبريد خلال خمسة عشر (15) يومًا إلى:

إعادة النموذج المكتمل إلى:

Inova

2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

حسابات المرضى  
نموذج المساعدة المالية

Patient Accounts  
Financial Assistance Form

رقم الضامن/السجل الطبي		تاريخ الخدمة		رقم الحساب	
اسم المريض - الأخير		الأول	الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	
العنوان		رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
منذ متى وانت تعيش في هذا العنوان؟		رقم هاتف المنزل			
اسم الموظف		رقم هاتف الموظف	عدد أفراد الأسرة		هل يوجد حمل؟
أسماء أفراد الأسرة		تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس	العلاقة
1.		/ /	/ /	/ /	/ /
2.		/ /	/ /	/ /	/ /
3.		/ /	/ /	/ /	/ /
4.		/ /	/ /	/ /	/ /

كم يبلغ دخل الأسرة وما مصادر الدخل؟ (بما في ذلك الأجر/المرتب/الدخل من أي مصدر للمريض والزوج والوالدين، إذا كان المريض صغيراً)

يرجى وضع دائرة على رمز الدخل	الرمز	الدخل	الرمز	الدخل
A M 2W W	\$	أخرى 8.	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$		A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	1. الدخل التأميني الإضافي	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	2. قروض/منح عمل/دراسة الطالب	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	3. الاستحقاقات الاتحادية	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	4. أخرى	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$		A M 2W W	\$

رموز الدخل: W = أسبوعياً 2W = كل أسبوعين M = شهرياً A = سنوياً

هل هذه الزيارة تتعلق بـ:  نعم (Yes)  لا (No) إصابة في علك؟  نعم (Yes)  لا (No) حادث سيارة؟  نعم (Yes)  لا (No)

أشهد أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وسليمة حسب معرفتي واعتقادي. وأدرك أن المستشفى ستطلب مني إثبات دخل (تقرير ائتمان، وإقرارات ضريبية، وقسائم شيكات رواتب، وتحديد إعاقة، وما إلى ذلك)، وإني أفوض مكتب ائتمان Equifax و/أو وكالات الخدمات الاجتماعية لإصدار المعلومات اللازمة لإكمال عملية تقديم الطلب. كما أنني سأقدم طلباً للحصول على أي مساعدة (برنامج Medicaid، برنامج Medicare، تأمينات، وما إلى ذلك) قد تكون متاحة لدفع رسوم المستشفى. وسأخذ أي إجراء ضروري ومعقول للحصول على مثل هذه المساعدة، وسأخصص أو سأدفع المبلغ المسترد للمستشفى مقابل رسوم المستشفى. إذا ثبت أن أي معلومات قد قدمتها غير صحيحة، فإنني أدرك أن المستشفى قد تعيد تقييم وضعي المالي وقد تتخذ الإجراء المناسب.

يجب تقديم الوثائق الداعمة خلال خمسة عشر (15) يوماً حتى يتم النظر في هذا الطلب.

توقيع مقدم الطلب: تاريخ الطلب:

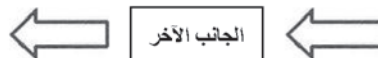
مجموع الدخل القابل للعد: \$

مجموع الدخل القابل للعد: \$

لا تكتب في هذه المنطقة، فهي مخصصة للاستخدام الرسمي فقط!

500%	400%	250%	100%	
\$62,450	\$49,960	\$31,225	\$12,490	1
\$84,550	\$67,640	\$42,275	\$16,910	2
\$106,650	\$85,320	\$53,325	\$21,330	3
\$128,750	\$103,000	\$64,375	\$25,750	4
\$150,850	\$120,680	\$75,425	\$30,170	5
\$172,950	\$138,360	\$86,475	\$34,590	6
\$195,050	\$156,040	\$97,525	\$39,010	7
\$217,150	\$173,720	\$108,575	\$43,430	8
\$239,250	\$191,400	\$119,625	\$47,850	9
\$261,350	\$209,080	\$130,675	\$52,270	10

ملحوظة: بالنسبة للعائلات/الأسر المكونة من أكثر من 8 أشخاص، أضف 4,320 دولاراً لكل شخص إضافي.



إذا كنت لا تعمل، فيرجى تقديم المصادر والمبالغ المالية السابقة لإجمالي دخل الأسرة أثناء:

المصدر:

المبلغ:

المبلغ الإجمالي هو: _____	ما هو إجمالي الرصيد في الحسابات الجارية وحسابات التوفير وشهادات الإيداع و/ أو حسابات الأوراق المالية؟
<input type="checkbox"/> نعم؛ القيمة الحالية هي: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> لا (No)	هل لديك أي حسابات تقاعد فردية؟ (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)
رقم 1 القيمة: \$ _____ الدفع: \$ _____ الرصيد المستحق: \$ _____ رقم 2 القيمة: \$ _____ الدفع: \$ _____ الرصيد المستحق: \$ _____ رقم 3 القيمة: \$ _____ الدفع: \$ _____ الرصيد المستحق: \$ _____	هل تملك سيارة (سيارات)؟ <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا؛ إذا كانت الإجابة نعم: (No; if Yes) رقم 1 العام _____ رقم 2 العام _____ رقم 3 العام _____ الصنع _____ الصنع _____ الصنع _____ الطراز _____ الطراز _____ الطراز _____
<input type="checkbox"/> نعم؛ المبلغ الإجمالي هو: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> لا (No)	هل تحصل على دخل من فوائد أو أرباح أو استثمارات؟
إذا كنت تملك القيمة الحالية: \$ _____ الدفع الشهري/الإيجار \$ _____	هل: <input type="checkbox"/> تمتلك منزلك <input type="checkbox"/> تستأجر منزلك؟ (Own your home) (Rent your home?) إن كنت الإجابة لا: أين أو مع من تعيش؟ _____
	<input type="checkbox"/> إقامة مُصنَّقة لمدة 9 أشهر (9 Month Residency Verified)

## Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

<b>Spanish</b>	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
<b>Korean</b>	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
<b>Vietnamese</b>	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
<b>Chinese</b>	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
<b>Arabic</b>	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
<b>Tagalog</b>	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalam sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
<b>Farsi</b>	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
<b>Amharic</b>	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚዩኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
<b>Urdu</b>	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
<b>French</b>	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
<b>Russian</b>	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
<b>Hindi</b>	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
<b>German</b>	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
<b>Bengali</b>	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
<b>Kru (Bassa)</b>	Tò Dòù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìn dýi Gòdǝ̀-̀wùdù (Bàsò̀-̀wùdù) pò ní, ní, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nò à gbo bó pídyi. M̄ dýi ǝ̀ dè mó nò à gbo ní, m̄ me nyue bē à kùà-nyò bḕ kée dýí dyuò, ké à kè m̄ kè mue jè cēin nòmò dýiin.
<b>Ibo</b>	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwurịta ga-aga nke ọma.
<b>Yoruba</b>	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn işe iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.