

ملخص بلغة بسيطة لسياسة المساعدة المالية

****المساعدة المالية مخصصة للرعاية الطارئة أو الرعاية الطبية الأخرى الضرورية في أي مركز طبي إقليمي في تشيسابيك****

البيان: يقدم مركز CRMC المساعدة المالية لجميع المرضى المؤهلين. إنه التزامنا بمساعدة المجتمع والمساعدة في توفير الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة للجميع.

إذا كنت غير قادر على دفع فاتورة المستشفى الخاصة بك، يرجى الاتصال بنا لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية أم لا. يتم تقييم حاجة كل مريض إلى المساعدة المالية وفقاً لإجمالي دخل الأسرة والأصول السائلة والمطلوبات وأي موارد أخرى متاحة. المساعدة المالية الكاملة متاحة للأشخاص / العائلات التي يقل دخلها عن 201% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) ولا تتجاوز أي موارد أخرى متاحة.

يوفر مركز CRMC خصماً تلقائياً على الدفع الذاتي بنسبة 40% لجميع المرضى غير المؤمن عليهم ما لم تتم الموافقة على المريض للحصول على مساعدة مالية ويتأهل للحصول على خصم أعلى. المرضى الذين يقل دخلهم عن 200% من مستوى الفقر الفيدرالي قد يكونون مؤهلين أيضاً للحصول على مساعدة مالية كاملة. قد يتأهل المريض الذي يتراوح دخله بين 201% وما يصل إلى 500% من مستوى الفقر الفيدرالي، ولا يتجاوز حد الموارد المتاحة، للحصول على مساعدة مالية تصل إلى خصم بنسبة 66%. سيتم تحديد الخصومات بناءً على دخل الأسرة السنوي باستخدام مستويات الفقر الفيدرالية المشار إليها في الجدول أ.

لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية، يرجى الاتصال بالمستشارين الماليين لدينا على الرقم المذكور أدناه:

الطلب عبر الهاتف: 757-312-6281

الطلب عن طريق البريد: Chesapeake Regional Medical Center

Attention: Financial Assistance Counselor

736 Battlefield Blvd. N.

Chesapeake, Virginia 23320

سيُطلب من المرضى إكمال طلب المساعدة المالية (FAP) بالكامل وإرساله بالبريد مع الوثائق القابلة للتطبيق. يجب على المرضى التقديم في غضون 240 يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى. يمكن إرسال الطلب بالبريد على العنوان أعلاه أو عن طريق إحضار الطلب مع الوثائق السارية إلى قسم التسجيل المركزي بالقرب من المدخل الرئيسي للمستشفى. عند استلام الطلب والوثائق؛ يرجى السماح بمرور 30 يوماً على الأقل حتى تتم معالجة الطلب. سيتم إخطار جميع المتقدمين كتابياً بشأن القرار. سيكون الطلب المعتمد صالحاً لمدة ثمانية (8) أشهر من تاريخ التوقيع على الطلب. في هذه الحالة، ينتقل مقدم الطلب من العنوان المسجل لدينا؛ تقع على عاتق المتقدمين مسؤولية إخطار المستشفى، حتى تتمكن من إرسال المراسلات بشكل صحيح.

بالنسبة للمرضى، أو الضامنين، الذين لا يستجيبون لعملية تطبيق CRMC، يمكن استخدام مصادر أخرى للمعلومات لإجراء تقييم فردي للحاجة المالية. ستمكن هذه المعلومات مرفق CRMC من اتخاذ قرار مستنير بشأن الاحتياجات المالية للمرضى غير المستجيبين، باستخدام أفضل التقديرات المتاحة في حالة عدم وجود المعلومات المقدمة مباشرة من قبل المريض.

عند ملء الطلب، تأكد من تضمين:

1. معلومات المريض الكاملة والتوقيع والتاريخ.
2. معلومات الدخل والأصول السائلة: يتضمن ذلك الدخل من صاحب العمل (كعوب الراتب، ونموذج W-2)، ومساعدات الخدمة الاجتماعية (طوابع الطعام)، والمساعدات الحكومية (الضمان الاجتماعي، وامتيازات شئون المحاربين القدامى)، وجميع أنواع الدخل الأخرى (الإقرار الضريبي)، وإثبات الأصول السائلة (كشوف الحسابات المصرفية، شهادات الإيداع). إذا كان أي طفل يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، يجب تقديم نموذج منفصل له.
3. المصاريف الشهرية (المستفيدون من برنامج Medicare فقط): وهذا يشمل مدفوعات الرهن العقاري أو الإيجار أو المرافق أو القروض أو النفقات الطبية أو غيرها من النفقات. الرجاء تحديد أنواع الوثائق التي قد تنطبق على حالتك: (قم بإرسال نسخ فقط. لن يتم إرجاع النسخ الأصلية).

الجدول أ:

الدخل السنوي								
أصل سائل الحد	خصم بنسبة 66% للمعوزين طبيًا	خصم بنسبة 66%	خصم بنسبة 66%	خصم بنسبة 100%				2022
	500%	400%	300%	200%	138%	133%	100%	عدد أفراد الأسرة
\$10,000	\$67,950	\$54,360	\$40,770	\$27,180	\$18,754	\$18,075	\$13,590	1
\$10,000	\$91,550	\$73,240	\$54,930	\$36,620	\$25,268	\$24,352	\$18,310	2
\$10,000	\$115,150	\$92,120	\$69,090	\$46,060	\$31,781	\$30,630	\$23,030	3
\$10,000	\$138,750	\$111,000	\$83,250	\$55,500	\$38,295	\$36,908	\$27,750	4
\$10,000	\$162,350	\$129,880	\$97,410	\$64,940	\$44,809	\$43,185	\$32,470	5
\$10,000	\$185,950	\$148,760	\$111,570	\$74,380	\$51,322	\$49,463	\$37,190	6
\$10,000	\$209,550	\$167,640	\$125,730	\$83,820	\$57,836	\$55,740	\$41,910	7
\$10,000	\$233,150	\$186,520	\$139,890	\$93,260	\$64,349	\$62,018	\$46,630	8
							\$ 4,720	إضافي لكل شخص