

برنامج خصم الرسوم المتدرج

مرحباً بكم في مركز هاريسونبرج الصحى المجتمعى. نحن نقدم رعاية صحية وعناية بالأسنان بأسعار ميسرة من خلال استخدام برنامج خصم الرسوم المتدرج للأفراد والأسر المؤهلين الذين ليس لديهم تأمين صحى او لديهم تأمين صحى بشكل غير كاف. يعتمد القبول فى هذا البرنامج على عدد أفراد الأسرة و دخل الأسرة. مهمتنا هى أن نكون مقدما رائدا لرعاية صحية عالية الجودة لمجتمعنا المتنوع.

يعتمد مقياس برنامج خصم الرسوم المتدرج لدى HCHC على تعريف الفقر الفيدرالى الذى تقدمه وزارة الصحة والخدمات الانسانية سنويًا وينقسم إلى أربع فئات: A و B و C و D و E مع الرسوم على النحو التالى:

الفتات	مستوى الدخل	الرسوم لكل زيارة الطبية	الرسوم لكل زيارة للأسنان	الرسوم لكل زيارة للصحة السلوكية	خدمات تنظيم الاسرة	برنامج رعاية الحوامل
فئة A	100% من مستوى الفقر الفيدرالى و أقل	\$15	الخدمات الأولية \$80 الخدمات المعقدة \$500	\$10	\$0	\$300
فئة B	101-150% من مستوى الفقر الفيدرالى	\$25	الخدمات الأولية \$90 الخدمات المعقدة \$600	\$15	\$25	\$420
فئة C	151-175% من مستوى الفقر الفيدرالى	\$35	الخدمات الأولية \$100 الخدمات المعقدة \$700	\$20	\$35	\$510
فئة D	176-200% من مستوى الفقر الفيدرالى	\$45	الخدمات الأولية \$110 الخدمات المعقدة \$800	\$25	\$45	\$600
فئة E	201% من مستوى الفقر الفيدرالى	الرسوم كاملة	الرسوم كاملة	الرسوم كاملة	الرسوم كاملة	الرسوم كاملة

لا توجد رسوم على زيارات المختبر بغض النظر عن عدد الاختبارات التى تتم إجراؤها فى تلك الزيارة للمرضى المؤهلين لخصومات الرسوم المتدرجة ما لم يكن لدى المريض تأمين تجارى أيضا. سيتم إرسال فواتير المختبر الى شركة التأمين الخاص بك من قبل الشركة المسؤولة عن المختبر و أى أرصدة متبقية سوف تكون مسؤولية المريض. يجب تجديد إستمارة خصم الرسوم المتدرج كل عام. يتم تعريف أفراد الأسرة كـرب الأسرة ، زوجة ، والوالد (الوالدان) اللذين لهم عهدة الاطفال وجميع المعالين مادياً. المعالون هم الأفراد الذين يلتزم مقدم الطلب قانوناً بدعمهم. **يجب** على المتقدمين تقديم دليل على جميع مصادر الدخل خلال 30 يوم الاخيرة.

أشر على كل مصادر إثبات الدخل التى تنطبق:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> خطاب المعاش التقاعدى | <input type="checkbox"/> استمارة الضريبة 1040 (ليس W2) |
| <input type="checkbox"/> الميراث | <input type="checkbox"/> خطاب الضمان الاجتماعى / الإعاقة |
| <input type="checkbox"/> البنك (الاموال الاستثنائية) | <input type="checkbox"/> خطاب إعانة البطالة (ليس كشوفات حساب |
| <input type="checkbox"/> فوائد المحاربين | <input type="checkbox"/> خطاب الدعم |
| <input type="checkbox"/> الأجور (4 وصولات الدفع اذا كان الدفع اسبوعيا أو 2 وصولات اذا كان الدفع كل اسبوعين) | <input type="checkbox"/> خطاب صاحب العمل (اذا كان الراتب نقدا) |

طلب خصم الرسوم المتدرج

رقم الضمان الاجتماعي:	الاسم الكامل للمتقدم:
تأريخ الميلاد:	العنوان البريدي:
رقم الهاتف الرئيسي:	المدينة ، الولاية، الكود البريدي

يرجى إدراج جميع أفراد أسرتك

تأمين صحي طبي	تأمين صحي للأسنان	HCHC مريض طبي	HCHC مريض للأسنان	تاريخ الميلاد	الاسم كامل
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		

هل مقدم الطلب قدم على **Market Place** أو **Medicaid** أو أى مساعدة أخرى من قبل قسم الخدمات الاجتماعية؟

لا	نعم	إذا كانت الإجابة نعم ، فأى واحدة ولماذا لا يتلقى المريض المساعدة المذكورة أعلاه؟
----	-----	--

هل ترغب في التقديم؟

لا	نعم	إذا كانت الإجابة "لا" ، اشرح السبب
----	-----	------------------------------------

إفادة: بالتوقيع ، أشهد أنه اعتبارًا من تاريخ توقيعي ، فإن مصادر الدخل المدرجة هي جميع دخل أسرتي ، وكل أفراد الأسرة المدرجين يعتمدون فقط على هذا الدخل ، والوثائق التي قدمتها للتحقق من مستوى الدخل الخاص بي صحيحة . *أفهم أنه إذا تبين أن المعلومات المقدمة غير مكتملة أو احتيالية ، فسيتم إخراجي من برنامج الخصم المتدرج بشكل دائم.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب/ الجهة المسؤولة

للاستخدام من قبل المكتب

Valid Until: _____ Staff Initials: _____ Slide: _____ Self Dec. Application: Y / N