

طلب الحصول على معونة مالية من المستشفى

تعتبر الموافقة على هذا الطلب مؤقتة، وتنتهي مدتها خلال 12 شهرًا من تاريخ الاعتماد

التاريخ:	مستشفى: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants
الضامن/الزوج/ الزوجة:	المريض:
رقم السجل الطبي:	رقم السجل الطبي:
رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	تاريخ الميلاد:
هاتف المنزل:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
هاتف العمل:	هاتف المنزل:
صلة القرابة للمريض:	هاتف العمل:
العنوان:	عنوان المنزل:
	المهنة وصاحب العمل:
	عنوان صاحب العمل:

اللغة:	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير الإنجليزية
الأصل العرقي:	<input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> غير إسباني <input type="checkbox"/> لم يتم تحديد الأصل العرقي
الجنس:	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أمريكي هندي / من سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أمريكي أسود/أفريقي <input type="checkbox"/> هواباني أصلي/ سكان جزيرة المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أجناس أخرى أو متعددة <input type="checkbox"/> لم يتم تحديد جنس

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية عن جميع أفراد الأسرة، باستثناء المريض أو الضامن.	
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:

الدخل الشهري	الأصول
مرتب المريض وأجره:	المدخرات:
مرتب الزوج/ الزوجه والأجر	المراجعة:
مرتب الضامن وأجره:	شهادات الإيداع (CDs):
الدخل من العمل الحر	حسابات السوق المالية:
دخل رعاية الطفل:	سندات الإذخار:
إيرادات الإيجار:	الأسهم:
إعانة البطالة:	السندات:
تأمين ضد العجز المؤقت:	صناديق الاستثمار المشتركة:
رعاية الطفل:	حسابات التقاعد الفردي:
نفقة الزوجة:	401(k)s:
تعويض العمال:	403(b)s:
مستحقات المحاربين القدامى:	457s:
مدفوعات الضمان الاجتماعي:	القيمة النقدية لبوالص التأمين على الحياة:
الأرباح الموزعة والفوائد المقبوضة:	الملكية الشخصية:
العوائد:	المنزل الثانوي والممتلكات الموزعة:
المعاشات:	السيارة الثانية:
الإعانة العامة:	الإجمالي:
أخرى:	
الدخل الشهري:	
الدخل السنوي:	

"اطلب من المستشفى اتخاذ قرار بشأن الأهلية للحصول على مساعدة مالية؛ وأتفهم أن هذه المعلومات سرية وتخضع للتحقق من قبل المستشفى. كما أتفهم أيضا أنه في حالة تقديم معلومات خاطئة، لا يمكنني المساعدة المالية وأتحمل مسؤولية سداد الحصول على خدمات المستشفى المقدمة. وأقر بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة وصحيحة إلى حد علمي، وأني أتفهم هذه العملية ومسؤولياتي".

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____

للأغراض الداخلية فقط	
اعتمدها:	التاريخ: _____
رفضها:	التاريخ: _____
التغطية التأمينية:	المساعدة الطبية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الخدمات المرتبطة بإصابة العمل أو نوع آخر من الحوادث:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التعليقات:	_____
عدد أفراد الأسرة:	المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف مستوى الفقر: _____
لتعريف الفقر بالنسبة المنوية:	_____
نسبة الخصم (%):	نسبة الخصم (دولار أمريكي): _____
أقصى قدر من المسؤولية على المريض:	_____

طلب الحصول على معونة مالية من المستشفى - غير المؤمن عليه

تعتبر الموافقة على هذا الطلب مؤقتة، وتنتهي مدتها خلال 12 شهرًا من تاريخ الاعتماد

التاريخ:	مستشفى: <input type="checkbox"/> Women & Infants <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Butler
الضامن/الزوج/ الزوجة:	المريض:
رقم السجل الطبي:	رقم السجل الطبي:
رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	تاريخ الميلاد:
هاتف المنزل:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
هاتف العمل:	هاتف المنزل:
صلة القرابة للمريض:	هاتف العمل:
العنوان:	عنوان المنزل:
	المهنة وصاحب العمل:
	عنوان صاحب العمل:

اللغة:	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير الإنجليزية
الأصل العرقي:	<input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> غير إسباني <input type="checkbox"/> لم يتم تحديد الأصل العرقي
الجنس:	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أمريكي هندي / من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أمريكي أسود/أفريقي <input type="checkbox"/> هوائي أصلي/ سكان جزيرة المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أجناس أخرى أو متعددة <input type="checkbox"/> لم يتم تحديد جنس

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية عن جميع أفراد الأسرة، باستثناء المريض أو الضامن.

رقم السجل الطبي:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	عنوان المنزل:	الاسم وصلة القرابة للمريض:
رقم السجل الطبي:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	عنوان المنزل:	صاحب العمل والهاتف والعنوان:
رقم السجل الطبي:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	عنوان المنزل:	الاسم وصلة القرابة للمريض:
رقم السجل الطبي:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	عنوان المنزل:	صاحب العمل والهاتف والعنوان:
رقم السجل الطبي:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	عنوان المنزل:	الاسم وصلة القرابة للمريض:
رقم السجل الطبي:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	عنوان المنزل:	صاحب العمل والهاتف والعنوان:

الدخل الشهري	المبلغ	الأصول	المبلغ	التفقات/الالتزامات الشهرية	المبلغ
مرتب المريض وأجره		المدخرات		الرهن أو دفع الإيجار	
مرتب الزوج/ الزوجه والأجر		المراجعة		الرصيد الحالي	
مرتب الضامن وأجره		شهادات الإيداع (CDs)		الضرائب العقارية اذا لم تدرج في دفع الرهن العقارية	
الدخل من العمل الحر		حسابات السوق المالية		المرافق: الغاز / الكهرباء / النفط	
دخل رعاية الطفل		سندات الإذخار:		الكابل / الإنترنت	
إيرادات الإيجار		الأسهم		رقم الهاتف	
إعانة البطالة		الضمانات		الدفع التلقائي أو مدفوعات الإيجار	
التأمين ضد العجز المؤقت		صناديق الاستثمار المشتركة		الرصيد الحالي	
رعاية الطفل		حسابات التقاعد الفردي		الدفع ببطاقة الائتمان	
نفقة الزوجة		401(k)s		الرصيد الحالي	
مستحقات المحاربين القدامى		403(b)s		فرض يسدد على أقساط	
استحقاقات الضمان الاجتماعي		457s		الرصيد الحالي	
الأرباح الموزعة والفوائد المقبوضة		القيمة النقدية لبوالص التأمين على الحياة		التأمين على السيارات	
العوائد		الملكية الشخصية		تأمين لأصحاب المساكن على ممتلكاتهم ضد الأضرار والخسائر	
المعاشات		المنزل الثانوي والممتلكات المؤجرة		التفقات الطبية	
الإعانة العامة		السيارات الإضافية		البقالة	
أخرى				التفقات الأخرى	
الدخل الشهري:					
الدخل السنوي:		الإجمالي:		الإجمالي:	

"طلب من المستشفى اتخاذ قرار بشأن الأهلية للحصول على مساعدة مالية؛ وأنفهم أن هذه المعلومات سرية وتخضع للتدقيق من قبل المستشفى. كما أنفهم أيضا أنه في حالة تقديم معلومات خاطئة، لا يمكنني المساعدة المالية وأتحمل مسؤولية سداد الحصول على خدمات المستشفى المقدمة. وأقر بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة وصحيحة إلى حد علمي، وأنني أنفهم هذه العملية ومسؤولياتي".

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
توقيع ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____

للأغراض الداخلية فقط	
اعتمدها:	التاريخ: _____
رفضها:	التاريخ: _____
التغطية التأمينية:	المساعدة الطبية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الخدمات المرتبطة بإصابة العمل أو نوع آخر من الحوادث:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التعليقات:	_____
عدد أفراد الأسرة:	المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف مستوى الفقر: _____ المبادئ التوجيهية الفيدرالية
لتعريف الفقر بالنسبة السنوية:	_____
نسبة الخصم (%):	نسبة الخصم (دولار أمريكي): _____
أقصى قدر من المسؤولية على المريض:	_____

Financial Assistance Policy

Exhibit 3

CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

Percent of Poverty Level:		200%	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
Family Size	FPG											
2023 Patient liability		0%	20%	40%	60%	80%	90%	90%	90%	95%	95%	95%
1	14,580	29,160	30,618	32,076	33,534	34,992	36,450	37,908	39,366	40,824	42,282	43,740
Max Liability Per Year			3,062	3,208	3,353	3,499	3,645	3,791	3,937	4,082	4,228	4,374
2	19,720	39,440	41,412	43,384	45,356	47,328	49,300	51,272	53,244	55,216	57,188	59,160
Max Liability Per Year			4,141	4,338	4,536	4,733	4,930	5,127	5,324	5,522	5,719	5,916
3	24,860	49,720	52,206	54,692	57,178	59,664	62,150	64,636	67,122	69,608	72,094	74,580
Max Liability Per Year			5,221	5,469	5,718	5,966	6,215	6,464	6,712	6,961	7,209	7,458
4	30,000	60,000	63,000	66,000	69,000	72,000	75,000	78,000	81,000	84,000	87,000	90,000
Max Liability Per Year			6,300	6,600	6,900	7,200	7,500	7,800	8,100	8,400	8,700	9,000
5	35,140	70,280	73,794	77,308	80,822	84,336	87,850	91,364	94,878	98,392	101,906	105,420
Max Liability Per Year			7,379	7,731	8,082	8,434	8,785	9,136	9,488	9,839	10,191	10,542
6	40,280	80,560	84,588	88,616	92,644	96,672	100,700	104,728	108,756	112,784	116,812	120,840
Max Liability Per Year			8,459	8,862	9,264	9,667	10,070	10,473	10,876	11,278	11,681	12,084
7	45,420	90,840	95,382	99,924	104,466	109,008	113,550	118,092	122,634	127,176	131,718	136,260
Max Liability Per Year			9,538	9,992	10,447	10,901	11,355	11,809	12,263	12,718	13,172	13,626
8	50,560	101,120	106,176	111,232	116,288	121,344	126,400	131,456	136,512	141,568	146,624	151,680
Max Liability Per Year			10,618	11,123	11,629	12,134	12,640	13,146	13,651	14,157	14,662	15,168

*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB
 FY 23 Butler 31%, Kent 28%, W/II 35%
 FY 22 Butler 30%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 21 Butler 46%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 20 Butler 47%, Kent 31%, W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

سياسة المساعدة المالية

الشكل 4

المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام (AGB)

وفقاً لـ § 501IRC (5) (r)، تستخدم مؤسسة CNE "طريقة المراجعة مجددًا" من أجل حساب نسبة المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام لديها. ويتم احتساب نسبة المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام على أساس سنوي وتستند إلى جميع المطالبات التي يسمح بها برنامج تحصيل الرسوم مقابل الخدمات الطبية (Medicare Fee-for-Service) + جميع شركات التأمين الصحي الخاصة خلال فترة 12 شهرًا، مقسومة على الرسوم الإجمالية المرتبطة بهذه المطالبات. سيتم تطبيق النسبة المطبقة للمبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام على الرسوم الإجمالية لتحديد المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام.

ولن يتم فرض رسوم على أي فرد مؤهل للحصول على المساعدة المالية بموجب سياسة المساعدة المالية هذه بمبلغ يتجاوز المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام مقابل أي خدمات رعاية صحية طارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الصحية التي تستلزم تدخلًا طبيًا. ومع ذلك، سيتم دائمًا فرض رسوم على أي فرد مؤهل للحصول على المساعدة المالية بمبلغ أقل من المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام أو أي خصم متاح بموجب هذه السياسة.

اعتبارًا من 1 أكتوبر 2022:

مستشفى بتلر 31%

مستشفى ميموريال في مقاطعة كينت 28%

مستشفى النساء والرضع 35%

سياسة المساعدة المالية

مستند 2

شروط برنامج المساعدة المالية – غير المؤمن عليه

يجب إرفاق الوثائق التالية، إذا كان ذلك ممكناً، مع طلب الحصول على المساعدة المالية من Care New England.
(1) تقديم الإقرار الضريبي مع الوثائق الداعمة للسنة الأخيرة.

(2) سجلات الدخل* (انظر الشرح المفصل أدناه)

(a) قسائم السداد الحالية (خلال 4 أسابيع على الأقل)

(b) إشعار منح للإعاقة

(c) إشعار منح الضمان الاجتماعي (يتم التنازل عنها إذا تم تقديم بيان بالإيداع المباشر وكشف حساب بنكي)

(d) دخل الوالدين (الإقرار الضريبي) عندما يكون الشخص المتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية طالباً

(3) سجلات الأصول** (انظر الشرح المفصل أدناه)

(a) تشمل الكشوف البنكية المدخرات والتدقيق وبيانات الاستثمار والدخل السنوي وشهادات الإيداع وحسابات السوق

المالية والأسهم والسندات والمعاشات وحسابات التقاعد الفردي

(b) القيمة النقدية لئوالص التأمين على الحياة.

(c) الممتلكات الشخصية (بخلاف السكن الرئيسي والسيارات المعدة للاستخدام الشخصي)

(4) المساعدة الطبية و/أو قبول/رفض HealthSource RI

(5) نسخة من شهادة الوفاة، إذا كان ذلك ممكناً.

(6) دليل بحالة الطالب، إن وجد.

(7) خطاب دعم، إن وجد.

*سجلات الدخل: يُقصد بالدخل إجمالي المقبوضات النقدية السنوية الفعلية أو المقدرة قبل خصم الضرائب من المرتبات والأجور ودخل العمل الحر ودخل رعاية الطفل وإيرادات الإيجار وإعانة البطالة والتأمين ضد العجز المؤقت ودعم الطفل ونفقة الزوجة وتعويض العمال ومستحقات المحاربين القدامى واستحقاقات الضمان الاجتماعي والأرباح الموزعة والفوائد المقبوضة والعوائد ومعاشات القطاعين العام والخاص والمساعدة العامة. كما يشتمل الدخل أيضاً على عوائد الإضراب وصافي القرعة ومكاسب القمار ومبلغ التأمين لمرة واحدة أو التعويض عن الإصابات المستلم في السنة التقويمية التي تلتتمس المساعدة المالية للحصول على خدمات المستشفى.

**سجلات الأصول: يُقصد بالأصول النقد والنقد المعادل وغيرها من الأصول الثابتة التي يمكن تحويلها إلى نقدية، بما في ذلك النقد في متناول اليد وحسابات التوفير والحسابات الجارية وشهادات الإيداع (CDs) وحسابات السوق المالية والأسهم (المشتركة والمفضلة) والسندات وصناديق الاستثمار المشتركة وحسابات التقاعد الفردي و 401 (k) و 403 (b) و 457 والقيمة النقدية لئوالص التأمين على الحياة والممتلكات الشخصية والسيارات بخلاف المعدة للاستخدام الشخصي والمنازل الثانوية والممتلكات المؤجرة. ويستثنى من الأصول السكن الرئيسي والسيارات المعدة للاستخدام الشخصي.