

الصحة الكاثوليكية فخورة بتنفيذ مهمتها المتمثلة في توفير الرعاية الصحية الجيدة عبر نظامنا الصحي. إذا كان الدفع مقابل الخدمات المدرجة أدناه قد سبب لك ضائقة مالية ، فقد نكون مؤهلاً لبرنامج المساعدة المالية الخاص بنا. للتقديم ، يرجى طباعة هذه الرسالة وتقديم المعلومات المطلوبة أدناه:

الاسم الكامل للمريض: _____

عنوان المريض: _____

تاريخ ميلاد المريض: _____ معلومات الاتصال: _____

رقم حساب الفاتورة: _____

1. عدد الأشخاص في أسرتك _____.

2. نسخة موقعة من الإقرار الضريبي الفيدرالي الأخير للمريض ؛ نسخ من قسائم الراتب الثلاثة الأخيرة ؛ نسخ من آخر ثلاثة (3) قسائم دفع برنامج البطالة؛ نسخ من آخر بيانين عن مدفوعات الضمان الاجتماعي ؛ سجلات الأرباح والنفقات لمن يعمل لحسابه الخاص ؛ أو بيان موقع و مصدق تفيد بعدم وجود مصادر دخل

3. يرجى إرسال المعلومات المطلوبة بالبريد مع هذه الإستمارة المكتملة في الظرف المرفق أو عبر الفاكس إلى 716-961-4458

بالتوقيع أدناه ، فإنك تطلب النظر في المساعدة المالية.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

لديك 240 يومًا من أول بيان فوترة لتقديم هذا الطلب إلى جانب جميع المستندات المطلوبة. أثناء مراجعة طلبك ، قد تتجاهل الفواتير التي تتلقاها من الصحة الكاثوليكية.

يرجى الاتصال بنا على: 716-601-3600 أو زيارة موقعنا على الإنترنت

<https://www.chsbuffalo.org/billing-insurance/financial-assistance> لمزيد من المعلومات.

يرجى إرسال المعلومات المطلوبة بالبريد مع هذه الإستمارة المكتملة إلى:

Catholic Health/RMC.

144 Genesee Street, 3rd Floor

Buffalo, NY 14203

Attn: Supervisor, Credit & Collection Department

شكرا لاختيارك الصحة الكاثوليكية لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

الخدمات المالية للمرضى