



Carolinas HealthCare System

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

طلب المساعدة والمساعدة المالية

Account# حساب	
Date(s) of Service تاريخ الخدمة	

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

أن هدف هذه الاستمارة هو تزويد وزارة الإرشاد المالية بالمعلومات اللازمة لتحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية مع فاتورة المستشفى كارولينا نظام للرعاية الصحية (.). لضمان تقييم كامل وشامل، يرجى ملء هذا النموذج في مجملها.

Patient Demographics الديموغرافية المريض			
Patient's Full Name اسم المريض الكامل	Date of Birth تاريخ الميلاد	Social Security# الضمان الاجتماعي #	Marital Status الحالة الاجتماعية
Physical Address العنوان الفعلي	City, State and Zip Code المدينة، الولاية، الرمز البريدي	Months/Yrs at This Address الشهر والسنة على هذا العنوان	County البلد
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below إذا كان عنوان المكان الذي تعيش فيه يختلف عن العنوان البريدي الخاص بك، يرجى ملء المعلومات "العنوان البريدي" أدناه			
Mailing Address العنوان البريدي	City, State and Zip Code المدينة، الولاية، الرمز البريدي	Months/Yrs at This Address الشهر والسنة على هذا العنوان	County البلد
Home Phone# رقم الهاتف المنزل	Mobile Phone# رقم الجوال	Emergency Contact Name اسم الاتصال الطوارئ /	Phone# الهاتف
City and State of Birth المدينة والولاية الميلاد	Citizenship Status الحالة المدنية	Lived in U.S. Since عاش في الولايات المتحدة منذ	Copies of Your Documents? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No نسخ من المستندات الخاصة بك نعم لا

Health Insurance Information / معلومات التأمين الصحي				
Provider - Primary Coverage مزود - تغطية أولية	Policy Holder Name اسم حامل السياسة	Policy# السياسة	Group# المجموعة	Effective Date تاريخ مؤثر
Provider - Secondary Coverage مزود - تغطية أولية	Policy Holder Name اسم حامل السياسة	Policy# السياسة	Group# المجموعة	Effective Date تاريخ مؤثر

Please list all household members below يرجى ذكر جميع أفراد الأسرة أدناه						
Name الاسم	Date of Birth تاريخ الميلاد	Place of Birth مكان الميلاد	SSN# رقم الحماية الاجتماعية	Relation to Patient العلاقة بالمريض	Sex الجنس	Race السلالة/العرق
1						
2						
3						

Please list all household members below (continued from page 1)

يرجى ذكر جميع أفراد الأسرة أدناه (التابع من الصفحة الأولى)

Name الاسم	Date of Birth تاريخ الميلاد	Place of Birth مكان الميلاد	SSN# رقم الحماية الاجتماعية.	Relation to Patient العلاقة بالمريض	Sex الجنس	Race السلالة / العرق
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

إذا كان هناك أكثر من 7 أفراد في الأسرة، يرجى ذكرهم في قسم "ملاحظات" في الصفحة السادسة من هذا النموذج

Education, Employment and Military Background التعليم والتوظيف والخلفية العسكرية		Spouse (father if patient is a minor) الزوج (الأب إذا كان المريض قاصراً)	
Education التعليم	Highest Grade Completed in School أعلى درجة أنجزته في مدرسة		
	Technical Skills مهارات تقنية		
Current Employment التوظيف الحالي	Currently Unemployed (check box if yes) عاطل عن العمل حالياً (كتاب الشيك إذا كانت الإجابة بنعم)	<input type="checkbox"/> Fill-out 'past employment' section قم بملأ قسم 'العمل الماضي'	<input type="checkbox"/> Fill-out 'past employment' section قم بملأ قسم 'العمل الماضي'
	Company Name and Address اسم الشركة والعنوان		
	Job Title / Type of Work Performed المسمى الوظيفي / نوع العمل المنجز		
	Work Phone# هاتف عمل #		
	Boss/Supervisor's Name اسم الرئيس / المشرف		
	Dates of Employment مواعيد التوظيف		
	Income and Pay Structure هيكل الدخل والأجور	___ hrs/wk \$ ___/hr ___ days/wk \$ ___/day Commission \$ ___/mo Annual \$ _____ \$ ___ / ساعة \$ ___ / يوم \$ ___ / شهر \$ ___ سنوياً	___ hrs/wk \$ ___/hr ___ days/wk \$ ___/day Commission \$ ___/mo Annual \$ _____ \$ ___ / ساعة \$ ___ / أيام / أسبوع \$ ___ / العمولات \$ ___ سنوياً

Past Employment التوظيف الماضي	Company Name and Address أسم الشركة والعنوان		
	Job Title / Type of Work Performed المسمى الوظيفي / نوع العمل المنجز		
	Dates of Employment مواعيد التوظيف		
	Income and Pay Structure هيكل الدخل والأجور	___hrs/wk \$ ___/hr ___days/wk \$ ___/day Commission \$ ___/mo Annual \$ _____ \$ ___ / ساعة \$ ___ / يوم \$ ___ / شهر \$ ___	___hrs/wk \$ ___/hr ___days/wk \$ ___/day Commission \$ ___/mo Annual \$ _____ \$ ___ / ساعة \$ ___ / يوم \$ ___ / شهر \$ ___

COBRA القانون الموحد الجامع لميزانية المصالح	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? ها فقد عضو في الأسرة ووظائفه خلال 60 يوما ماضيا؟		<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
	Did he/she receive a COBRA election notice? وهل انه يتلقى إشعارا انتخابات كوبرا؟		<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
	Did he/she elect COBRA coverage? هل هو ينتخب تغطية كوبرا		<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one:			<input type="checkbox"/> premiums too expensive أقساط مكلفة للغاية <input type="checkbox"/> new coverage تغطية جديدة
Military Service الخدمة العسكرية	Branch فرع	Dates Enlisted مواعيد جند	Rank رتبة عسكرية	Serial# مسلسل #

Insurance Information						معلومات التأمين
Life Insurance التأمين على الحياة	Company الشركة	Policy Holder حامل السياسة	Face Value قيمة اسمية	Policy Type نوع السياسة	Cash Value القيمة النقدية	
Burial Insurance/Contract تأمين / عقد الدفن	Company الشركة	Policy Holder حامل السياسة	Face Value قيمة اسمية	Cash Value القيمة النقدية	Revocable? قابل للإلغاء؟	

Income (3 month history) دخل (تاريخ 3 أشهر)	Patient (mother if patient is a minor) المريض (أم إذا كان المريض قاصرا)			Spouse (father if patient is a minor) الزوج (الأب إذا كان المريض قاصرا)		
	Last month الشهر الماضي	2 months ago قبل شهرين	3 months ago قبل ثلاثة أشهر	Last month الشهر الماضي	2 months ago قبل شهرين	3 months ago قبل ثلاثة أشهر
Wages أجور						
Pension/Retirement التقاعد / التقاعد						
Social Security Retirement التقاعد الضمان الاجتماعي						
Social Security Disability الضمان الاجتماعي للمعوقين						
Supplemental Security Income دخل تأميني إضافي						
VA Benefits فوائد VA						
Unemployment البطالة						
Child Support دعم الأطفال						
Food Stamps اختام غذائية						
Other (Workfirst, etc.) الـ (Workfirst, etc.)						
Statement of Verification بيان للتحقق	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? هل لديك بذرة الدفع / التحقق للتأكد من الأجر؟ <input type="checkbox"/> Yes لا <input type="checkbox"/> No نعم			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? هل لديك بذرة الدفع / التحقق للتأكد من الأجر؟ <input type="checkbox"/> Yes لا <input type="checkbox"/> No نعم		

Expenses مصاريف	Payments for (name) المدفوعات ل(الاسم)	Payment Amount مبلغ الدفع	Paid to (name and address) دفعتم إلى (الاسم والعنوان)
Child Support/Care دعم / عناية الأطفال			
Alimony نفقة الزوجة المطلقة			

Statement of Support

I certify that I have been unemployed for the last _____ months years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____.

أشهد بأنني عاطل عن العمل لسنوات --- شهر_ الماضية. ونتيجة لكوني عاطلا عن العمل، أتلقى الغذاء والمأوى والملابس من، علاقة، _____.

Property ممتلكات	Address العنوان	Ownership ملكية	Tax Value ضريبة القيمة	Low Balance رصيد القرض	Mortgage شركة الرهن العقاري
Primary Residence الإقامة الابتدائية		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
Other Property الممتلكات الأخرى		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
Other Property الممتلكات الأخرى		<input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
Other Property الممتلكات الأخرى		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			

Assets الأصول	Make/Model الموديل المصنوع /	Ownership ملكية	Tax Value قيمة الضريبة	Loan Balance رصيد القرض	Bank/Lender البنك / المقرض
Automobiles سيارات	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
	3	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
Motorcycles دراجات نارية	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
Boats قوارب	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
Trailers/RVs مقطورة / رفس	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent إيجار ملكية			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.

إذا كانت هناك أصول إضافية ضمن الفئات المذكورة أعلاه، يرجى تضمين هذه في قسم الملاحظات على الصفحة 6 من هذا النموذج.

Banking/Investments المصرفية / استثمارات	Institution مؤسسة	Balance رصيد	Account# حساب	Account Holder(s) حامل الحساب
Checking فحص	1			<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint المريض المشترك الزوج
	2			<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint المريض المشترك الزوج

Banking/Investments (cont. المصرفية / استثمارات تابع)	Institution مؤسسة	Balance رصيد	Account# حساب	Account Holder(s) حامل الحساب
Savings مدخرات	1			<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint المريض المشترك الزوج
	2			<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint المريض المشتركة الزوج
CDs الأقراص المدمجة				
401K / IRA				
Stocks/Bond الأسهم / السندات				
Other (trust fund, etc.) الأخر (الصناديق الاستثمارية، الخ)				

Medical Bills الفواتير الطبية	Does the patient have old medical bills within two years? هل لدي المريض الفواتير الطبية القديمة في غضون عامين؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	Total Amount المبلغ الكامل
---	---	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Acknowledgement and Signatures شكر وتقدير والتوقيع

I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.

أشهد أن المعلومات الواردة في هذه القوائم المالية للمريض صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي. أفوض بهذا مستشفى الاتصال بأي شخص أو شركة أو منظمة للتحقق من أي من المعلومات المقدمة وأنا أفوض أي شخص من هذا القبيل، شركة أو منظمة للافراج إلى مستشفى أية معلومات مالية يجوز لها أن تطلب.

Signature: التوقيع	Relationship to Patient: العلاقة بالمريض	Date التاريخ
Witness Signature: توقيع الشهود	Relationship to Patient: العلاقة بالمريض	Date التاريخ

For Financial Counseling Personnel / للمالية الإرشاد الموظفين

Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance		Assigned to Financial Counselor (name):

أرسل الاستمارة المكتملة بالبريد
CHS System Business Office
Attention:
Financial Counseling PO Box 32861
Charlotte, NC 28232