

*أسئلة مكررة*

## لماذا ينبغي أن أتقدم بطلب؟

قد تكون مؤهلاً لدفع رسوم مخفضة للزيارة عندما تأتي إلى مزود في Star Community Health

كم سيُكلف؟ لا توجد تكلفة للتقدم بطلب للبرنامج. تتراوح رسوم الزيارة من 10 إلى 30 دولارًا لكل زيارة حسب حجم الأسرة ودخلها. قد تكون مؤهلاً كذلك لدفع الحد الأدنى من الرسوم ومقداره 10 دولارات لخدمات طب الأسنان أو لدفع رسوم مخفضة لخدمات طب الأسنان.

## ماهي الامور المشمولة بالتغطية؟

يغطي هذا البرنامج خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها Star Community Health ولكنه لا يغطي زيارات المستشفى أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. يجب عليك التقديم بطلبات في تلك الأماكن للمشاركة في برامجهم. وفقًا للإرشادات الفيدرالية، فإن Star Community Health مطالبة بتحديث برنامج خصم الرسوم المتدرج سنويًا بناءً على التغييرات التي تم إجراؤها على دخل مستويات الفقر الفيدرالية. يحدث هذا في الأول من مايو من كل عام. لذلك، قد يتغير البرنامج الذي تتأهل له في ذلك الوقت.

## كيف يمكنني التقدم بطلب؟

أكمل الطلب. تأكد من تقديم معلومات عن جميع أفراد أسرتك. قم بإحضار أو إرسال إثبات الدخل لجميع مصادر دخلك. إذا لم تكن متأكدًا مما يعنيه ذلك، فهناك قائمة بما نحتاجه لكل نوع من أنواع الدخل في قائمة التحقق الخاصة بالطلب.

هل يعني هذا بأن لدي تأمين وأني لن أضطر إلى دفع غرامة على ضرائبي؟

كلا. لا يعتبر هذا البرنامج تغطية تأمين صحي للأغراض الضريبية.

هل أستطيع استخدام هذا البرنامج إن كان لدي تأمين صحي؟

نعم. إذا كنت مؤهلاً بناءً على عدد أفراد أسرتك ودخلها وكان تأمينك الصحي يحوي على مبالغ قابلة للخصم أو مدفوعات مشتركة كبيرة فلايزال بإمكانك استخدام هذا البرنامج لتقليل نفقات رعايتك الصحية. هذا برنامج خصم للخدمات في Star Community Health.

## ما الذي يمكن أن يقدمه لك سوق الرعاية الصحية؟

* تتوفر خيارات تغطية التأمين الصحي الجديدة من خلال PA Pennie.
* تتوفر خطط منخفضة التكلفة ومجانية وتتوفر المساعدة المالية بناءً على مقدار الأموال التي تجنيها.
* لا يمكن حرمان أي شخص من التغطية لأن لديه حالة مرضية موجودة مسبقًا.
* قد تكون مؤهلاً للتسجيل الخارجي المفتوح إذا كان لديك تغيير في حياتك مثل الزواج أو إعادة التوطين أو ولادة طفل، أو إذا فقدت تأمينك الصحي من خلال فقدان الوظيفة أو فقدان Pennsylvania Medicaid

نحن نستطيع المساعدة! اتصل بعيادة رعايتك الأولية (Primary Care Office) واسأل عن طلب الرسوم المتدرجة.



*إرشادات الدخل*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| جدول خصم الرسوم المتدرج للخدمات الطبية/طب الأسنان | | | | | |
|  | | | | | |
| حدود الدخل السنوي استناداً إلى النسبة المؤية للفقر وفئة الدفع لخصم الرسوم المتدرج | | | | | |
| دخل مستويات الفقر الفيدرالية لعام **2022** | **0% - 100%** | **101% - 125%** | **126% - 150%** | **151% - 200%** | **201**% وأكثر |
| حجم العائلة |  |  |  |  |  |
| **1** | $13,590 | $16,988 | $20,385 | $23,783 | $27,180 |
| **2** | $18,310 | $22,888 | $27,465 | $32,043 | $36,620 |
| **3** | $23,030 | $28,788 | $34,545 | $40,303 | $46,060 |
| **4** | $27,750 | $34,688 | $41,625 | $48,563 | $55,500 |
| **5** | $32,470 | $40,588 | $48,705 | $56,823 | $64,940 |
| **6** | $37,190 | $46,488 | $55,785 | $65,083 | $74,380 |
| **7** | $41,910 | $52,388 | $62,865 | $73,343 | $83,820 |
| **8** | $46,630 | $58,288 | $69,945 | $81,603 | $93,260 |
| لكل شخصٍ إضافي، أضف  **$4,720** |  | | | | |
| يدفع المريض | | | | | |
| **للعيادة الطبية** | $10 | $15 | $20 | $30 | 100% من التكلفة |
| **الرعاية الروتينية - للأسنان** | $10 | $15 | $20 | $30 | 100% من التكلفة |
| **طب الأسنان - غير روتيني (٪ من الرسوم\* بالإضافة إلى رسوم المختبر \*\*)** | 10% | 15% | 20% | 30% | 100% من التكلفة |

\*للإجراءات غير الروتينية، اذهب إلى موظف الاستقبال في عيادة الأسنان التي تراجعها.

\*\* تُحتسب رسوم المختبر بنسبة 100٪. ليس هنالك من خصم لأجور المختبر.



* مطلوب طلب منفصل لكل فرد من أفراد الأسرة الذين يرغبون في المشاركة في هذا البرنامج، بما في ذلك الأطفال القُصر. مطلوب مجموعة واحدة فقط من الوثائق الداعمة لكل أسرة.
* يجب عليك إكمال جميع صفحات الطلب.
* إن كنت بحاجة للمساعدة، إتصل بالرقم [7827-503-484] واطلب مكتب المستشار المالي.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الاسم الاخير/الاسم الأول: | | رقم الضمان الإجتماعي | | تاريخ الميلاد: | |
| العنوان البريدي: |  | المدينة: |  | الشارع: | الرمز البريدي: |
| رقم الهاتف | رقم الهاتف لإستلام الرسائل (تذكيرات المواعيد) | | هل لديك تأمين صحي؟ **نعم كلا**  إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إدراج اسم شركة التأمين ورقم هوية التأمين: | | |
| هل تقدمت بطلب إلى Pennsylvania Medicaid خلال العام الماضي؟ **نعم لا غير متأكد** | حوط واحدة: لدي **PA Medicaid**  رُفض طلبي للحصول على **PA Medicaid** لم أتقدم بطلب | |

من الضروري لـ Star Community Health طرح أسئلة شخصية لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لهذا البرنامج. سيتم الإحتفاظ بهذه

المعلومات في الملف بسرية تامة. يجب أن تتحقق من دخلك عند تقديم الطلب ومرة ​​واحدة في السنة عند تجديد طلبك. مطلوب نسخ من إقرار ضريبة دخلك الفيدرالية السنوية، أو قسائم دفع المرتبات التي تغطي الأسابيع الأربعة الماضية، أو بيانات مزايا الضمان الاجتماعي أو مصادر الدخل الأخرى. لايمكننا استخدام الكشوفات المصرفية لهذا الغرض. سيتم استخدام دخلك السنوي وحجم أسرتك لتحديد رسوم زيارتك.

أنا أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وأمنح Star Community Health الإذن بالتحقيق في أي معلومات واردة في هذا الطلب.

أنا أفهم:

* بأنه سيتم الإحتفاظ بمعلوماتي بسرية تامة.
* إذا تبين أن هذه المعلومات خاطئة، فسأفقد أهليتي للبرنامج وسأكون مسؤولاً عن سداد أي مساعدات قد تلقيتها.
* إذا تغير دخلي أو حجم أسرتي، فأنا مطالب بإخطار إدارة الفوترة (Billing Department) في أقرب وقت ممكن.
* يجب إعادة هذا الطلب قبل موعدي التالي أو في غضون 30 يومًا، أيهما أقرب، مع إثبات الدخل السنوي وإلا ستنتهي صلاحية هذا الطلب.
* قد أعيد التقدم بطلب إلى البرنامج في أي وقت ولكن الرسوم المخفضة ستطبق فقط من تاريخ تقديم الطلب الجديد.
* إذا تبين أنني مؤهل للحصول على رسوم مخفضة ولكني أخفقت في سداد المدفوعات المطلوبة، فقد يتم إرسال حسابي إلى إدارة تحصيل الديون

### أنا أقسم هنا وأشهد بأن جميع المعلومات الواردة عني أعلاه صحيحة وحقيقية.

الطلب الكامل والموقع لكل متقدم، وذكر جميع أفراد الأسرة ومصادر الدخل مع اثبات لكل مصدر دخل

إذا كان لديك دخل منخفض جدًا أو لم يكن لديك دخل، فأكمل "ورقة عمل الدخل الصفري" لأحدث إقرار ضريبي فيدرالي إذا قدمت الإقرار الضريبي

الأسرة**:** يرجى ذكر جميع الأسماء وتواريخ الميلاد لجميع أفراد أسرتك بمن فيهم أنت.

إذا قدمت إقرارك الضريبي، فإن أسرتك هي أنت وزوجتك/زوجكِ وأي شخص ادعيت انك تعيله عند تقديم إقرارك الضريبي.

إذا ادعى شخص آخر أنه يعيلك، فإن أسرتك هي أنت والشخص الذي يدعي إعالتك وأي شخص آخر مدرج في إقراره الضريبي.

إذا لم تقم بتقديم ضرائب ولم يدعي أي شخص آخر إعالتك، فإن أسرتك هي أنت وزوجتك/زوجكِ وأطفالك إذا كانوا

يعيشون معك.

الدخل**:** تحتاج إلى تقديم إثبات الدخل لكل من مصادر الدخل التالية لكل فرد من أفراد أسرتك لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً أم لا. يرجى ملاحظة أنه لا يمكننا قبول كشوف الحسابات المصرفية كدليل على الدخل.

موظف: قسائم دفع المرتب لآخر أربعة أسابيع أو الإقرار الضريبي الفيدرالي

الدخل الناتج عن العمل الحر والإيجارات: يجب عليك تقديم نسخة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي

*بيان المزايا الحالي (Current Benefit Statement) لـ:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| البطالة | الضمان الإجتماعي | **TANF** | تعويض العاملين |
| الإعاقة قصيرة او طويلة الأمد | إعالة الطفل/النفقة |  | المعاش التقاعدي و/أو الدفعة السنوية |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الاسم الأخير | الاسم الأول | تاريخ الميلاد | إجمالي الدخل  قبل الضرائب والأستقطاعات | العلاقة | مصدر الدخل مرفق مع الدليل |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ | نفسي |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |
|  |  |  | \_ \_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ |  |  |

بالتوقيع أدناه، أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه دقيقة وصحيحة على حد علمي وقدرتي. أشهد أيضًا أنني قمت بتضمين جميع الوثائق الداعمة لكل مصدر دخل.

يجب على جميع الأشخاص الذين قدموا لك المساعدة في الأشهر الثلاثة الماضية (نقدية أو غير نقدية) إكمال الجداول التالية والتوقيع أدناه للتحقق من المساعدة التي قدموها لك.

* إذا أعطاك شخص ما مالًا لدفع النفقات أدناه، فاذكر المبلغ الذي دفعه واكتب اسمه في المربع المناسب.
* إذا قدم لك شخص ما أيًا من النفقات الواردة أدناه مجانًا، فيرجى الإشارة إلى كونها مجانية ووضع اسمه في المربع المناسب.
* يجب إكمال هذه الصفحة بواسطة كل شخص قدم لك المساعدة في الأشهر الثلاثة الماضية.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الشهر # 1 | | شهر: |  |  | الشهر # 2 | | | | شهر |  |
|  | | المبلغ أو الأجر | الشخص الذي قدم المساعدة |  | | | | المبلغ أو الأجر | الشخص الذي قدم المساعدة |
| تكاليف السكن | |  |  | تكاليف السكن | | | |  |  |
| المرافق (مياه/ مجاري/ كهرباء/كابل) | |  |  | المرافق (مياه/ مجاري/ كهرباء/كابل) | | | |  |  |
| التدفئة | |  |  | التدفئة | | | |  |  |
| تكاليف الطعام | |  |  | تكاليف الطعام | | | |  |  |
| تكاليف النقل | |  |  | تكاليف النقل | | | |  |  |
| مصاريف الهاتف الخلوي/الإنترنت | |  |  | مصاريف الهاتف الخلوي/الإنترنت | | | |  |  |
| التكاليف الطبية | |  |  | التكاليف الطبية | | | |  |  |
| تكاليف أخرى | |  |  | تكاليف أخرى | | | |  |  |
|  | الشهر # 3 | | | | | شهر |  |  | | |
|  | | | | | المبلغ أو الأجر | الشخص الذي قدم المساعدة |
| تكاليف السكن | | | | |  |  |
| المرافق (مياه/ مجاري/ كهرباء/كابل) | | | | |  |  |
| التدفئة | | | | |  |  |
| تكاليف الطعام | | | | |  |  |
| تكاليف النقل | | | | |  |  |
| مصاريف الهاتف الخلوي/الإنترنت | | | | |  |  |
| التكاليف الطبية | | | | |  |  |
| تكاليف أخرى | | | | |  |  |

\*يجب ملء هذه الاستمرة بالكامل؛ لن نتمكن من معالجة طلبك إذا تركت أجزاءاً منه فارغة. إذا كنت بحاجة إلى إخبارنا بالمزيد عن موقفك المحدد، فلا تتردد في إرفاق خطاب أو بيان بورقة العمل هذه. إذا تلقيت إعانة من وكالات أخرى، فيرجى إرفاق نسخ من وثائق أي إعانة مقدمة لك.

## الاسم المطبوع وتوقيع الشخص الذي قدم لك المساعدة

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم: | التاريخ: / / |
| التوقيع: | التاريخ: / / |

### أنا أقسم هنا وأشهد بأن جميع المعلومات الواردة عني أعلاه صحيحة وحقيقية

ورقة عمل الدخل الصفري

أقر أنا بأني لم أستلم أي دخل منذ / / .

آخر مكان (أماكن) عمل:

أنا طالب بدوام كامل فوق سن 18.

## السكن:

منزلي/شقتي هل تتلقى مساعدة في السكن؟ نعم كلا

منزل/شقة شخص آخر اسم مالك المنزل/الشقة:

ملجأ/سكن انتقالي

أخرى (وضح):

## الطعام:

هل تستلم قسائم الطعام (Food Stamps)؟

نعم (إن كانت الإجابة بنعم، فيجب أن تُرفق نسخة من DHHS.)

كلا

## النقل:

أنا أملك مركبتي الخاصة

يوفر لي صديق أو قريب وسيلة مواصلات

أنا استخدم وسائل النقل العامة

## تكاليف التواصل:

هل لديك هاتف نقال؟ نعم كلا إن كانت الإجابة بنعم، فمن يدفع اجر الهاتف النقال؟

يرجى تقديم وصف موجز لوضعك المالي الحالي:

### أنا أقسم هنا وأشهد بأن جميع المعلومات الواردة عني أعلاه صحيحة وحقيقية

إقرار بيان الدخل

أنا، أشهد بأني قد تلقيت دخلاً منذ / / من مكان العمل: هاتف رقم: . أنا أقر بأنني غير قادر على تقديم المستندات المطلوبة للدخل، ولكني هنا أفوض Star Community Health بالاتصال بمكان عملي والتحقق من الدخل شفهيًا. أنا أفهم أنه قد يُطلب مني التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي من خلال السوق أو أو مصادر الولاية/ المصادر الفيدرالية. أنا أفهم أن Star Community Health قد تطلب وثائق داعمة وأني سألتزم بهذه الطلبات. كما أني أشهد بأن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة والطلب صحيحة، وإذا وجدت Star Community Health أنها خاطئة، فقد يتم تحميلي مسؤولية جميع الرسوم المرتبطة برعايتي الصحية.

## السكن:

منزلي/شقتي هل تتلقى مساعدة في السكن؟ نعم كلا إن كانت الإجابة بنعم فالمبلغ:

منزل/شقة شخص آخر اسم مالك المنزل/الشقة:

ملجأ/سكن انتقالي

أخرى (وضح):

## الدخل:

الأجر بالساعة: . $/بالساعة يُدفع لي كل اسبوع، اسبوعين شهرياً.

أنا أستلم راتبي نقداً، أو بصك، أو عن طريق الإيداع المباشر.

يتم إستقطاع الضرائب من أجري نعم لا

## النقل:

أنا أملك مركبتي الخاصة

يوفر لي صديق أو قريب وسيلة مواصلات

أنا استخدم وسائل النقل العامة

يرجى تقديم وصف موجز لوضعك المالي الحالي:

\*\*لا يزال يتعين على مقدم الطلب إكمال الطلب بالإضافة إلى هذه الاستمارة\*\*

### أنا أقسم هنا وأشهد بأن جميع المعلومات الواردة عني أعلاه صحيحة وحقيقية

تنازل عن الدفع

أنا،\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ أقر بأنني أواجه صعوبة في الوفاء بالتزاماتي المالية لـ Star Community Health وأطلب أن يتم التنازل عن الرسوم ومقدارها \_\_\_\_\_\_\_$ خلال الإطلار الزمني أدناه. أنا أفهم بأنه لن يتم التناز ل عن الرسوم الا بعد الاجتماع مع المستشار المالي والموافقة على التنازل.

كما أفهم بأني سأستمر في مقابلة المستشار المالي في كل موعد لدي في Star Community Health إما قبل الموعد أو بعده لتقديم تحديثات للوضع المالي. أنا أفهم بأنه يمكن إلغاء هذا التنازل من قبل Star Community Health إذا لم أكمل متطلبات الاجتماع مع المستشار المالي.

يرجى تقديم وصف موجز لوضعك المالي الحالي:

\*\*\*لاستخدام المستشار المالي فقط\*\*\*

اسم المستشار المالي: التاريخ: / /

رقم السجل الطبي: اسم المريض: تاريخ الميلاد: / /

تمت الموافقة على التنازل اعتباراً من / / وهي تنتهي في / / .

سيجتمع المريض مع المستشار المالي في التواريخ التالية:

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

\*\*\*يجب على المريض تقديم نسخة من هذا النموذج لموظفي التسجيل في وقت التعيين من أجل الحصول على الإعفاء من الرسوم.\*\*\*

### أنا أقسم هنا وأشهد بأن جميع المعلومات الواردة عني أعلاه صحيحة وحقيقية

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع المريض: | التاريخ: / / |
| توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني: | التاريخ: / / |

**برنامج خصم الرسوم المتدرج**

***بيان الرفض***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الاسم الاخير/الاسم الأول: | | رقم الضمان الإجتماعي | | تاريخ الميلاد: | |
| العنوان البريدي: |  | المدينة: |  | الشارع: | الرمز البريدي: |
| رقم الهاتف: | رقم الهاتف لإستلام الرسائل (تذكيرات المواعيد) | |  | | |

لا أرغب في التقدم بطلب او الأمتثال لمتطلبات برنامج خصم الرسوم المتدرج.

نظرًا لأنك لا ترغب في التقدم بطلب او بالأمتثال لمتطلبات برنامج خصم الرسوم المتدرج، فأنت تختار أن تكون مريضًا يدفع التكاليف بنفسه. هذا يعني أنك ستدفع 75.00 دولارًا مقدمًا في وقت الخدمة وأنك ستكون مسؤولاً عن أي مبلغ ينبغي دفعه وعن جميع المبالغ المستحقة بعد إدخال رسوم مقدم الرعاية لزيارتك. ستكون كذلك مسؤولاً عن أي رسوم مختبرية و/أو رسوم أشعة/تشخيص لزيارة اليوم. لا ينطبق أي خصم على رسوم العيادة أو رسوم المختبر ولن تحصل على خصم لهذه الرسوم في حالة اكمال طلب خصم الرسوم المتدرج في المستقبل.

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع المريض: | التاريخ: / / |
| توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني: | التاريخ: / / |