



نموذج طلب الطعن على قرار بشأن المساعدة المالية

لا تملأ هذا النموذج إلا إذا كنا قد اتخذنا قرارًا بشأن أهليتك للحصول على المساعدة المالية استنادًا إلى طلب المساعدة المالية الذي ملأته والوثائق الثبوتية التي قدمتها.

معلومات المريض			
اسم عائلة المريض	الاسم الأول للمريض	تاريخ الميلاد	رقم السجل الطبي (إذا كان معروفًا لك)
معلومات عن الأسرة			
اذكر أي أفراد من الأسرة تقدموا أيضًا بطلب للحصول على مساعدة مالية.			
الأسماء وتواريخ الميلاد:			
معلومات بخصوص الطعن			
أي جزء من طلبك تعتقد أننا أخطأنا فيه بناءً على سياسة المساعدة المالية المتبعة لدينا؟			
☐ كيف تم حساب الدخل			
☐ حجم الأسرة			
☐ الإقامة			
☐ أخرى _____			
يمكنك العثور على السياسة المالية الخاصة بـ OHSU Health على الرابط: www.ohsu.edu/financial-assistance			
اذكر في المساحة التالية سبب اعتقادك أن القرار الخاص بالمساعدة المالية كان غير صحيح. احرص على تضمين أي وثائق تدعم وجهة نظرك.			
عليك بإعادة هذا النموذج مع الوثائق الثبوتية:			
البريد:	الفاكس:	البريد الإلكتروني:	
OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098	503-418-2377	sfr@ohsu.edu	

هل لديك أسئلة بخصوص هذا النموذج؟ اتصل على الرقم 503-494-8551 للحصول على المساعدة.

بمجرد أن يصلنا طعنك، سوف نرد عليك في غضون 3 أسابيع. ربما سنحتاج إلى أن نطلب منك بعض المعلومات الإضافية قبل أن يمكننا اتخاذ قرار بهذا الشأن.