



OHSU
Health

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؟ <input type="checkbox"/> كيف تم حساب الدخل <input type="checkbox"/> حجم الأسرة <input type="checkbox"/> الإقامة <input type="checkbox"/> 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: OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098	الفاكس: 503-418-2377	البريد الإلكتروني: 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.