

نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات عن المريض

يُرجى طباعة اسمك بالكامل وعنوانك خلال الوقت الذي حصلت فيه على الخدمة الطبية، بالإضافة إلى المعلومات الأخرى المُشار إليها في هذا القسم.

رقم الحساب _____ تاريخ (تواريخ) الخدمة _____

اسم المريض: _____ الاسم الأول _____ الحروف الأولى من الاسم الأوسط _____

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

الرقم والشارع _____

ولاية الإقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____

الحالة الاجتماعي أعزب متزوج مُطلق

رقم الهاتف الأساسي: (____) _____

رقم المنزل المحمول العمل غير ذلك: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي وقت تلقي الخدمة: لا يوجد تأمين Medicare Medicaid غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل العائلة والأصول

أذكر دخلك ودخل القرين وجميع أفراد أسرتك (إن وُجد).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهراً قبل الخدمة
الأجور/التوظيف الذاتي	دولار	دولار
التأمين الاجتماعي	دولار	دولار
المعاشات التقاعدية، توزيعات الأرباح، الفوائد، دخل الإيجار	دولار	دولار
تعويض البطالة أو الموظفين	دولار	دولار
دعم الطفل (فقط إذا كان ولي الأمر هو المستلم المستهدف)	دولار	دولار
غير ذلك	دولار	دولار

إجمالي صافي الأصول (الأصول - الدين) اعتباراً من تاريخ الطلب: دولار _____

القسم الثالث: معلومات عن العائلة ودخلها

أذكر جميع أفراد أسرتك وتواريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية عن كل الأشخاص ضمن عائلتك المباشرة ممن يعيشون في منزلك. لأغراض تتعلق ببرنامج HCAP، يتم تعريف الأسرة على أنها المريض وقرين المريض وجميع أطفال المريض دون سن 18 عامًا (البيولوجيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض اصغر من 18 عامًا، يجب أن تتضمن العائلة المريض ووالدي المريض البيولوجيين أو الذين قد تبَنَوْه، وجميع أبناء المريض البيولوجيين أو الذين تم تبنيهم الأصغر من 18 عامًا (البيولوجيين أو بالتبني) ويعيشون في المنزل.

اسم أفراد العالة، بما في ذلك	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض
1. المريض: _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

بتوقيعي أدناه، أقر بأن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيح.

توقيع الطرف المسؤول: x _____ التاريخ: _____

بتوقيعي أدناه، أشهد أنني قمت بمراجعة هذا الطلب والموافقة عليه.

توقيع الرئيس التنفيذي للمستشفى: x _____ التاريخ: _____