

نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض

اطبع اسمك بالكامل وعنوانك في الوقت الذي تلقيت فيه الخدمة الطبية والمعلومات الأخرى المذكورة في هذا القسم.

رقم الحساب: _____ تاريخ (تواريخ) الخدمة: _____

اسم المريض: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

اسم الأخير الاسم الأول الحرف الأول للاسم الأوسط

محل الإقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: (_____) _____ المنزل المحمول العمل آخر: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

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

القسم الثاني: دخل الأسرة وأصولها

اذكر ذلك ودخل زوجتك/زوجك ودخل جميع أفراد الأسرة الآخرين (إن وجد).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهرًا قبل الخدمة
الأجور/العمل الحر	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الضمان الاجتماعي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
المعاش التقاعدي، أرباح الأسهم، الفوائد، إيرادات الإيجار	دولار أمريكي	دولار أمريكي
إعانة البطالة، إعانة العمالة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
إعالة الأطفال (فقط إذا كان المريض هو المتلقي المقصود)	دولار أمريكي	دولار أمريكي
غير ذلك	دولار أمريكي	دولار أمريكي

إجمالي صافي الأصول (الأصول - الديون) حتى تاريخ تقديم الطلب: دولار أمريكي _____

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

اذكر جميع أفراد الأسرة في منزلك وتاريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية لجميع أفراد أسرتك المباشرين الذين يعيشون في منزلك. لأغراض برنامج HCAP، تُعرّف الأسرة على أنها المريض وزوج المريض وجميع أطفال المريض الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا، فيجب أن تشمل الأسرة المريض، والوالد الطبيعي للمريض أو الوالد بالتبني، وأطفال الوالد (الوالدان) الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

اسم أفراد الأسرة، بمن فيهم المريض	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض
1. المريض: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

من خلال توقيعك أدناه، أقر بأن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيح.

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____

من خلال توقيعك أدناه، أقر بأنني قمت بمراجعة هذا الطلب والموافقة عليه.

توقيع المدير التنفيذي للمستشفى: X _____ التاريخ: _____

أعد طلبك المكتمل إلى: مستشفى هيلين إم سيمبسون لإعادة التأهيل