نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات عن المريض

يرجى طباعة المعلومات وإرسالها خلال الوقت الذي يحصل فيه على الخدمة الطبية بالإضافة إلى المعلومات الأخرى المشار إليها في هذا القسم.

رقم الحساب _____ تاريخ الخدمة _____

اسم المريض: _____
الاسم الأول الاسم الأخير الأول الأوسط

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____
رقم الشارع

الجنسية: _____ الرقم الوطني: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلّق

رقم الهاتف الأساسي: (_____) _____ ☐ المنزل ☐ الجوّال ☐ العمل ☐ غير ذلك _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي المتاح للخدمة: ☐ لا يوجد تأمين ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ آخر _____

القسم الثاني: دخل العائلة والأصول

اذكر دخل كل دخل القيمين وجميع أفراد أسرتك (إن وجد).

مصدر الدخل	المجموع الكلي لمدة 3 أشهر قبل الخدمة	المجموع الكلي لمدة 21 شهرًا قبل الخدمة
الراتب الوظيفي الصافي	$	$
التأمين الاجتماعي	$	$
الإعانات الحكومية، توزيعات الأرباح، الفوائد، دخل الإيجار	$	$
تعويض البطالة أو الموظفين	$	$
دعم الطفل فقط إذا كان ولي الأمر هو الملتزم (المستهدف)	$	$
غير ذلك	$	$

المجموع الكلي للأصول (الأصول - الديون) اعتبارًا من تاريخ الطلب: $ _____

القسم الثالث: معلومات عن العائلة ودخلها

اذكر جميع أفراد أسرتك وتواريخ ميلادهم.

يرجى تقديم المعلومات التالية عن كل الأشخاص من عائلتك المباشرة ممن يعيشون في منزلك. لأغراض تتعلق ببرنامج PACH يتم تعريف الأسرة على أنها المريض وزوجه وجميع أطفال المريض دون سن 81 عامًا (بغض النظر عن مكان إقامتهم). إذا كان المريض أصغر من 81 عامًا، يجب أن تتضمن العائلة المريض والوالدين أو الزوجين أو أبناء المريض (الذين يعيشون في منزله، وجميع أبناء المريض الذين هم أصغر من 81 عامًا) الذين يعيشون في المنزل.

اسم الفرد	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
1. المريض:		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

بتوقيعي أدناه، أقر بأن كل ما أدليت به في هذا الطلب في أي فرع تصريح.

توقيع الطرف المسؤول: x _____ التاريخ: _____

يُرجى إعادة طلبك إلى: **Select Specialty Hospital - Nashville**
225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011 (888) 868-1103
البريد الإلكتروني: IPCS@selectmedical.com الفاكس: (717) 980-2509

Rev. 7/1/2021