

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 المشار إليها في هذا القسم.

رقم الحساب _____ تاريخ (تواريخ) الخدمة _____

اسم المريض: _____

الحرف الأول من الاسم الأخير _____ الأول _____ الأوسط _____

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

الرقم والشارع _____

ولاية الإقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مُطلق

رقم الهاتف الأساسي: _____ (_____) _____ المنزل الجوال العمل غير ذلك

عنوان البريد الإلكتروني: _____

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

القسم الثاني: دخل الأسرة والأصول

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

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

إجمالي صافي الأصول (الأصول - الدين) اعتبارًا 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 وزوج المريض وجميع أطفال المريض دون سن 18 عامًا (البيولوجيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض أصغر من 18 عامًا، تتضمن الأسرة المريض، والوالدي المريض البيولوجيين أو الذين قد تبَنَوْه، وأطفال الوالدين الأصغر من 18 عامًا (البيولوجيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

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

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

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____