

# فورم درخواست کمک مالی



## قسمت یک: معلومات مريض

اسم مکمل، آدرس تان در حين دریافت خدمات صحی و ساير معلومات ذکر شده در این بخش را ذکر نمایند.

نمبر اکونت \_\_\_\_\_ تاریخ (های) دریافت خدمت \_\_\_\_\_

اسم مريض: \_\_\_\_\_

تخلص \_\_\_\_\_ اسم \_\_\_\_\_ اسم میانی \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ شهرستان: \_\_\_\_\_

شماره و سرک \_\_\_\_\_

ایالت محل زندگی: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ حالت مدنی:  مجرد  متأهل  طلاق شده

شماره تیلیفون ابتدایی: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  خانه  میایل همراه  محل کار  دیگر \_\_\_\_\_

ایمیل آدرس: \_\_\_\_\_

بیمه صحی در زمان ارائه خدمت:  بیمه ندارم  Medicaid  Medicare  دیگر: \_\_\_\_\_

## قسمت دو: درآمد و سرمایه فامیل:

درآمد خودتان، همسرتان و ساير اعضای فامیل تان را (در صورت امکان) ارائه نمایند.

منبع درآمد	مجموع درآمد 3 ماه قبل از خدمت	مجموع درآمد 12 ماه قبل از خدمت
دستمزد/شغل آزاد	\$	\$
تأمین اجتماعی	\$	\$
حقوق تقاعد، مفاد ناشی از سهام، مفاد درآمد ناشی از کرایه	\$	\$
بیکاری، بیمه مريضی و از کارافتادگی کارگران	\$	\$
حفاظت از طفل (صرف در صورتیکه مريض دریافت کننده مورد نظر باشد)	\$	\$
دیگر	\$	\$

مجموع دارایی های خالص (دارایی ها - قروض) تا تاریخ درخواست: دالر \_\_\_\_\_

## قسمت سه: معلومات و درآمد فامیل

تمام اعضای فامیل در خانواده تان و تاریخ تولد آنها را لست نمایند.

لطف نموده معلومات ذیل را در مورد تمامی اعضای فامیل درجه یک تان که در خانه شما زندگی می کنند ارائه نمایند. از نظر HCAP، فامیل شامل مريض، همسر مريض و تمامی فرزندان زیر سن 18 سال مريض (طبیعی یا فرزند خوانده) که در خانه مريض زندگی می کنند، می گردد. در صورتیکه سن مريض زیر 18 سال باشد، فامیل شامل مريض، والدین یا والدین طبیعی یا والدین خوانده مريض و والدین یا فرزندان زیر سن 18 سال (طبیعی یا والدین خوانده) که در خانه مريض زندگی می کنند، می گردد.

اسم اعضای فامیل به شمول مريض	تاریخ تولد	رابطه یا نسبت با مريض
1. مريض: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

با امضای خود در ذیل، تأیید می نمائید که تمامی مواردی را که در این درخواست و هر ضمیمه آن بیان کرده ام حقیقت است.

امضای طرف مسئول: X \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_