

فرم درخواست کمک مالی



قسمت یک: اطلاعات بیمار

نام کامل، آدرس خود در زمان دریافت خدمات پزشکی و سایر اطلاعات ذکر شده در این قسمت را وارد نمایید.

شماره حساب _____ تاریخ(های) دریافت خدمات _____

نام بیمار: _____ نام خانوادگی _____ نام _____ مخفف نام میانی _____

آدرس: _____ شهر: _____ کانتی: _____

شماره خانه و خیابان _____

ایالت محل سکونت: _____ کد پستی: _____ تاریخ تولد: ____/____/____ وضعیت ناهل: مجرد متأهل طلاق گرفته

شماره تلفن اصلی: _____ (_____) خانه تلفن همراه محل کار سایر

آدرس ایمیل: _____

بیمه درمانی در زمان ارائه خدمت: عدم بیمه Medicare Medicaid سایر: _____

قسمت دو: درآمد و دارایی‌های خانواده

درآمد خود، همسران و سایر اعضای خانواده (در صورت وجود) را ارائه دهید.

منبع درآمد	مجموع 3 ماه قبل از دریافت خدمات	مجموع 12 ماه قبل از دریافت خدمات
دستمزدها/خوداشتغالی	\$	\$
تأمین اجتماعی	\$	\$
حقوق بازنشستگی، سود سهام، سود، درآمد حاصل از اجاره	\$	\$
بیکاری، غرامت مربوط به کارگران	\$	\$
حمایت از کودکان (فقط در صورتی که بیمار گیرنده مورد نظر باشد)	\$	\$
سایر	\$	\$

مجموع دارایی‌های خالص (دارایی‌ها - بدهی) از تاریخ درخواست: دلار _____

قسمت سه: اطلاعات و درآمد خانواده

تمام اعضای خانواده موجود در خانوار خود و تاریخ تولد آنها را فهرست کنید.

لطفاً اطلاعات زیر را برای همه افراد درجه یک خانواده خود که در خانه شما زندگی می‌کنند ارائه دهید. خانواده در جهت اهداف HCAP به عنوان بیمار، همسر بیمار و همه فرزندان زیر 18 سال بیمار (طبیعی یا فرزندخوانده) که در خانه بیمار زندگی می‌کنند، تعریف می‌شود. اگر بیمار زیر 18 سال سن داشته باشد، خانواده عبارتند از بیمار، والدین طبیعی یا تعمیدی بیمار و والدین فرزندان زیر 18 سال (طبیعی یا فرزندخوانده) که در خانه بیمار زندگی می‌کنند.

نام اعضای خانواده، از جمله بیمار	تاریخ تولد	نسبت با بیمار
1. بیمار: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

با امضای خود در زیر، گواهی می‌دهم که تمام آنچه در این درخواست و هر پیوستی بیان کرده‌ام درست است.

امضای طرف مسئول: X _____ تاریخ: _____