

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 المُشار إليها في هذا القسم.

رقم الحساب _____ تاريخ (تاريخ) الخدمة _____

اسم المريض: _____ الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ الحروف الأولى من الاسم الأوسط _____

العنوان: _____ المدينة: _____ / _____ / _____ المقاطعة: _____ الرقم والشارع _____

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

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

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي في وقت وتاريخ الخدمة: بلا تأمين Medicare Medicaid غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل العائلة والأصول

اذكر دخلك ودخل القرين وجميع أفراد أسرتك (إن وُجد).

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

إجمالي صافي الأصول (الأصول - الدين) اعتبارًا من تاريخ الطلب: دولار _____

القسم الثالث: معلومات عن العائلة ودخلها

اذكر 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 وقرين المريض وجميع أطفال المريض دون سن 18 عامًا (البيولوجيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض اصغر من 18 عامًا، يجب أن تتضمن العائلة المريض ووالدي المريض البيولوجيين أو الذين قد تبوؤه، وجميع أبناء المريض البيولوجيين أو الذين تم تبنيهم الأصغر من 18 عامًا (البيولوجيين أو بالتبني) ويعيشون في المنزل.

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

بتوقيع أدناه، أقر بأن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيحة.

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____

يُرجى إعادة طلبك كاملاً إلى: **Select Specialty Hospital - San Diego**

(888) 868-1103

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011

الفاكس: (717) 980-2509

البريد الإلكتروني: IPCS@selectmedical.com