

# فرم درخواست کمک مالی

## قسمت یک: اطلاعات بیمار

نام کامل، آدرس خود در زمان دریافت خدمات پزشکی و سایر اطلاعات نکرشده 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: \_\_\_\_\_ زیپکد: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ وضعیت تأهل:  مجرد  متأهل  مطلقه

شماره تلفن اصلی: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ منزل  همراه  محل کار  سایر \_\_\_\_\_

آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

بیمه سلامت در زمان و تاریخ دریافت خدمات:  بدون بیمه  Medicaid  Medicare  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	دلار	دلار
تأمین اجتماعی	دلار	دلار
حقوق بازنشستگی، سود سهام، سود، درآمد حاصل از اجاره	دلار	دلار
بیکاری، غرامت مربوط به کارگران	دلار	دلار
حمایت از کودکان (فقط در صورتی که بیمار گیرنده مورد نظر باشد)	دلار	دلار
سایر	دلار	دلار

مجموع دارایی‌های خالص (دارایی‌ها - بدهی) از تاریخ درخواست: \$ \_\_\_\_\_

## قسمت سه: اطلاعات و درآمد خانواده

تمام اعضای 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 \_\_\_\_\_

- بیمار: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

با امضای خود در زیر، گواهی می‌دهم تمام موارد بیان شده در این درخواست و هر پیوست درست است.

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