

طلب الحصول على معونة مالية من المستشفى

تعتبر الموافقة على هذا الطلب مؤقتة، وتنتهي مدتها خلال 12 شهرًا من تاريخ الاعتماد

التاريخ:	مستشفى: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants
الضامن/الزوج/ الزوجة:	المريض:
رقم السجل الطبي:	رقم السجل الطبي:
رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	تاريخ الميلاد:
هاتف المنزل:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
هاتف العمل:	هاتف المنزل:
صلة القرابة للمريض:	هاتف العمل:
العنوان:	عنوان المنزل:
	المهنة وصاحب العمل:
	عنوان صاحب العمل:

اللغة:	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير الإنجليزية
الأصل العرقي:	<input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> غير إسباني <input type="checkbox"/> لم يتم تحديد الأصل العرقي
الجنس:	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أمريكي هندي / من سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أمريكي أسود/أفريقي <input type="checkbox"/> هواباني أصلي/ سكان جزيرة المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أجناس أخرى أو متعددة <input type="checkbox"/> لم يتم تحديد جنس

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية عن جميع أفراد الأسرة، باستثناء المريض أو الضامن.	
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	تاريخ الميلاد:

الدخل الشهري	الأصول
مرتب المريض وأجره:	المدخرات:
مرتب الزوج/ الزوجه والأجر	المراجعة:
مرتب الضامن وأجره:	شهادات الإيداع (CDs):
الدخل من العمل الحر	حسابات السوق المالية:
دخل رعاية الطفل:	سندات الإذخار:
إيرادات الإيجار:	الأسهم:
إعانة البطالة:	السندات:
تأمين ضد العجز المؤقت:	صناديق الاستثمار المشتركة:
رعاية الطفل:	حسابات التقاعد الفردي:
نفقة الزوجة:	401(k)s:
تعويض العمال:	403(b)s:
مستحقات المحاربين القدامى:	457s:
مدفوعات الضمان الاجتماعي:	القيمة النقدية لبوالص التأمين على الحياة:
الأرباح الموزعة والفوائد المقبوضة:	الملكية الشخصية:
العوائد:	المنزل الثانوي والممتلكات الموزعة:
المعاشات:	السيارة الثانية:
الإعانة العامة:	الإجمالي:
أخرى:	
الدخل الشهري:	
الدخل السنوي:	

"اطلب من المستشفى اتخاذ قرار بشأن الأهلية للحصول على مساعدة مالية؛ وأتفهم أن هذه المعلومات سرية وتخضع للتحقق من قبل المستشفى. كما أتفهم أيضا أنه في حالة تقديم معلومات خاطئة، لا يمكنني المساعدة المالية وأتحمل مسؤولية سداد الحصول على خدمات المستشفى المقدمة. وأقر بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة وصحيحة إلى حد علمي، وأني أتفهم هذه العملية ومسؤولياتي".

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____

للأغراض الداخلية فقط	
اعتمدها:	التاريخ: _____
رفضها:	التاريخ: _____
التغطية التأمينية:	المساعدة الطبية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الخدمات المرتبطة بإصابة العمل أو نوع آخر من الحوادث:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التعليقات:	_____
عدد أفراد الأسرة:	المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف مستوى الفقر: _____
لتعريف الفقر بالنسبة المنوية:	_____
نسبة الخصم (%):	نسبة الخصم (دولار أمريكي): _____
أقصى قدر من المسؤولية على المريض:	_____