طلب الحصول على معونة مالية من المستشفى - غير المؤمّن عليه

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

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

اللغة: ☐ الإنجليزية ☐ غير الإنجليزية

الأصل العرقي: ☐ إسباني ☐ غير إسباني ☐ لم يتم تحديد الأصل العرقي

الجنس: ☐ آسيوي ☐ أمريكي هندي / من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أمريكي أسود/أفريقي

☐ هاواني أصلي/ سكان جزيرة المحيط الهادئ ☐ أجناس أخرى أو متعددة ☐ 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):	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	عنوان المنزل:		
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	عنوان المنزل:		
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره):	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	عنوان المنزل:		
الاسم وصلة القرابة للمريض:	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة صدوره)	تاريخ الميلاد:	رقم السجل الطبي:
صاحب العمل والهاتف والعنوان:	عنوان المنزل:		

الدخل الشهري	المبلغ	الأصول	المبلغ	النفقات/الالتزامات الشهرية	المبلغ
مرتب المريض وأجره		المدخرات		الرهن أو دفع الإيجار	
مرتب الزوج/ الزوجه والأجر		المراجعة		الرصيد الحالي _____	
مرتب الضامن وأجره		شهادات الإيداع (CDs)		الضرائب العقارية اذا لم تدرج في دفع الرهون العقارية	
الدخل من العمل الحر		حسابات السوق المالية		المرافق: الغاز / الكهرباء / النفط _____	
دخل رعاية الطفل		سندات الإدخار:		الكابل / الإنترنت _____	
إيرادات الإيجار		الأسهم		رقم الهاتف _____	
إعانة البطالة		الضمانات		الدفع التلقائي أو مدفوعات الإيجار	
التأمين ضد العجز المؤقت		صناديق الاستثمار المشتركة		الرصيد الحالي _____	
رعاية الطفل		حسابات التقاعد الفردي		الدفع ببطاقة الائتمان	
نفقة الزوجة		401(k)s		الرصيد الحالي _____	
مستحقات المحاربين القدامى		403(b)s		قرض يسدد على أقساط	
استحقاقات الضمان الاجتماعي		457s		الرصيد الحالي _____	
الأرباح الموزعة والفوائد المقبوضة		القيمة النقدية لبوالص التأمين على الحياة		التأمين على السيارات	
العوائد		الملكية الشخصية		تأمين لأصحاب المساكن على ممتلكاتهم ضد الأضرار والخسائر	
المعاشات		المنزل الثانوي والممتلكات المؤجرة		النفقات الطبية	
الإعانة العامة		السيارات الإضافية		البقالة	
آخرى				النفقات الأخرى	
		الدخل الشهري:			
		الإجمالي:		**الإجمالي:**	
الدخل السنوي:					

"اطلب من المستشفى اتخاذ قرار بشأن الأهلية للحصول على مساعدة مالية؛ وأتفهم أن هذه المعلومات سرية وتخضع للتدقيق 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، وأنني أتفهم هذه العملية ومسؤولياتي".

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____

للأغراض الداخلية فقط

اعتمدها: _____ **التاريخ:** _____

رفضها: _____ **التاريخ:** _____

التغطية التأمينية: _____ **المساعدة الطبية:** ☐ نعم ☐ لا

الخدمات المرتبطة بإصابة العمل أو نوع آخر من الحوادث: ☐ نعم ☐ لا

التعليقات: _____

عدد أفراد الأسرة: _____ **المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف مستوى الفقر:** _____ **المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر بالنسبة المئوية:** _____

نسبة الخصم (%): _____ **نسبة الخصم (دولار أمريكي):** _____

أقصى قدر من المسؤولية على المريض: _____