PennState Health
Rehabilitation Hospital

نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض

اطبع المعلومات الكاملة وبوضوح في الوقت الذي يتلقى فيه الخدمة الطبية والمعلومات الأخرى المذكورة في هذا القسم.

رقم الحساب _____ تاريخ الخدمة _____

اسم المريض: _____

اسم العائلة — الاسم الأول — الحرف الأول للاسم الأوسط

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

الرقم والشارع

محل الإقامة: _____ الرقم الوطني: _____ تاريخ الميلاد: ___/___/___ الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: (_____) _____ ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل ☐ آخر _____

عنوان البريد الإلكتروني:

التأمين الصحي وتغطية الخدمة: ☐ لا يوجد تأمين ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل الأسرة وأصولها

اذكر دخلك ودخل زوجك/زوجتك ودخل جميع أفراد الأسرة الآخرين (إن وجد).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل الخدمة	الإجمالي لمدة 21 شهرًا قبل الخدمة
الأجور/العمل الحر	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الضمان الاجتماعي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
المعاش التقاعدي، أرباح الأسهم، السندات، إيرادات الإيجار	دولار أمريكي	دولار أمريكي
تعويضات العمال وتعويض البطالة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
إعالة الأطفال فقط إذا كان المريض موالتطلق الوصود)	دولار أمريكي	دولار أمريكي
غير ذلك	دولار أمريكي	دولار أمريكي

إجمالي صافي الأصول)الأصول - الديون(تحديث تاريخ تقييم الطلب: دولار أمريكي _____

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

اذكر جميع أفراد الأسرة في منزلك وتاريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية لجميع أفراد أسرتك المسجلين في برنامج HCAP. تُعرّف الأسرة على أنها المريض وزوج المريض وجميع أطفال المريض الذين تقل أعمارهم عن 81 عامًا)الطلاب أو التبني(الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان عمر المريض أقل من 81 عامًا فيجب أن تشمل الأسرة المريض، والوالد الطبيعي للمريض أو الوالد التبني، وأطفال الوالد)الوالدان(الذين تقل أعمارهم عن 81 عامًا)الطبيعيين أو التبني(الذين يعيشون في منزل المريض.

اسم فرد الأسرة بما في ذلك المريض — تاريخ الميلاد — صلة القربى بالمريض

1. المريض
2.
3.
4.
5.
6.

من خلال توقيعي أدناه، أقر بأن كل ما كتبته في هذا الطلب في أي فيوق استصحيح.

توقيع الطرف المسؤول: x _____ التاريخ: _____

من خلال توقيعي أدناه، أقر بأنني قمت بمراجعة هذا الطلب والموافقة عليه.

توقيع المدير التنفيذي للمستشفى: x _____ التاريخ: _____

Return your completed application to: Penn State Health Rehabilitation Hospital
1135 Old West Chocolate Avenue Hershey, PA 17036 (717)832-2660

Rev. 1/ 2021