

## نموذج طلب المساعدة المالية

**القسم الأول: معلومات المريض**  
اطبع اسمك بالكامل وعنوانك في الوقت الذي تلتقيت فيه الخدمة الطبية والمعلومات الأخرى المذكورة في هذا القسم.

رقم الحساب \_\_\_\_\_ تاريخ (تواريخ) الخدمة \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

اسم العائلة \_\_\_\_\_ الاسم الأول \_\_\_\_\_ الحرف الأول للاسم الأوسط \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ الرقم والشارع \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ المقاطعة: \_\_\_\_\_

محل الإقامة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية:  أعزب  متزوج  مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ المنزل  المحمول  العمل  آخر \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

التأمين الصحي وقت تقديم الخدمة:  لا يوجد تأمين  Medicare  Medicaid  غير ذلك \_\_\_\_\_

**القسم الثاني: دخل الأسرة وأصولها**  
اذكر دخلك ودخل زوجتك/زوجك ودخل جميع أفراد الأسرة الآخرين (إن وجد).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهرًا قبل الخدمة
الأجور/العمل الحر	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الضمان الاجتماعي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
المعاش التقاعدي، أرباح الأسهم، الفوائد، إيرادات الإيجار	دولار أمريكي	دولار أمريكي
تعويضات العمال وتعويض البطالة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
إعالة الأطفال (فقط إذا كان المريض هو المتلقي المقصود)	دولار أمريكي	دولار أمريكي
غير ذلك	دولار أمريكي	دولار أمريكي

إجمالي صافي الأصول (الأصول - الديون) حتى تاريخ تقديم الطلب: دولار أمريكي \_\_\_\_\_

### القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

اذكر جميع أفراد الأسرة في منزلك وتاريخ ميلادهم.

يرجى تقديم المعلومات التالية لجميع أفراد أسرتك المباشرين الذين يعيشون في منزلك. لأغراض برنامج HCAP، تُعرّف الأسرة على أنها المريض وزوج المريض وجميع أطفال المريض الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا، فيجب أن تشمل الأسرة المريض، والوالد الطبيعي للمريض أو الوالد بالتبني، وأطفال الوالد (الوالدان) الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

اسم أفراد الأسرة، بما في ذلك المريض \_\_\_\_\_ صلة القرابة بالمريض \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

1. المريض \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

من خلال توقيعني أنا، أقر بأن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيحة.

توقيع الطرف المسؤول: x \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

من خلال توقيعني أنا، أقر بأنني قمت بمراجعة هذا الطلب والموافقة عليه.

توقيع المدير التنفيذي للمستشفى: x \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_