

اس تمارة طلب المساعدات المالية

(يجب إكمال كافة الحقول ما لم يذكر خلاف ذلك)

اسم المريض الأخير، الأول	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	عدد أفراد الأسرة	دخل الأسرة السنوي في آخر 12 شهراً
إذا كنت قاصراً، اسم الكفيل الأخير، الأول	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	مصدر دخل الكفيل	
المركبات الموجودة في المنزل بما في ذلك السيارات/الزوارق/العربات الترفيهية (السنة/الصنع) /الطراز	رصيد حساب جارٍ/توفير	العقارات المملوكة وقيمتها	أرصدة حساب ودیعة/تقاعد/استثمار	أصول أخرى
(اختياري)	(اختياري)	(اختياري)	(اختياري)	(اختياري)
عضو جزئي، أي كيرما از الود 0 لخدلا ناك اذا	رقم هاتف المنزل	عنوان شارع المريض		
تاريخ إخلاصاً دحاً بلع قملع يعيش مع قريب (أقارب)	رقم هاتف بديل	المدينة، الولاية، الرمز البريدي		
يعيش مع صديق (أصدقاء)				
متقاعد				
ال يعمل				
معاق			عدد الأبناء أقل من 21 سنة في المنزل:	
مشرد				

يُرجى القراءة قبل التوقيع. أقر بأن المعلومات والمستندات التي قدمتها حقيقية وصحيحة على حد علمي. سأقدم بطلب بصورة مستقلة أو بمساعدة من موظفي المستشفى للحصول على أي وكافة المساعدات التي قد تكون متاحة من خلال الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية والحكومة المحلية والمصادر الخاصة للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. أفهم أنه إذا لم أتعاون مع مزود المستشفى في توفير المعلومات المطلوبة، فقد يتم رفض طلبي للمساعدة المالية المحتملة. أنا أمّنح الإذن وأفوض أي وكيل معتمد من برنامج المعونة الطبية لكشف كافة المعلومات لمزود المستشفى بشأن حالة طلب الدخول في برنامج Medicaid، وفي حالة رفض الطلب وسبب الرفض. سوف أخصص جميع الأموال المستلمة من المصادر أعلاه لمزود المستشفى، والتي تم تقديمها للمساعدة في دفع فاتورة المستشفى هذه. أوافق أنا، وبكامل إرادتي، وبالنيابة عن أفراد أسرتي، والممثلين المخولين، والأطباء، والاستشاريين (بما في ذلك رجال الدين)، على الاحتفاظ في سرية تامة بأي تواصل مكتوب و/أو مناقشة شفوية بيني ومزود المستشفى فيما يتعلق بالمسائل المتصلة بالخدمات التي قدمها لي مزود المستشفى. أفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتدقيق من قبل مزود المستشفى، بما في ذلك وكالات استعلام الائتمان، وتخضع للمراجعة بواسطة الوكالات الفيدرالية و/أو الحكومية وغيرها على النحو المطلوب. أفوض صاحب العمل بتقديم إثبات العمل إلى مزود المستشفى. أفهم أنه في حالة ثبت أن إحدى المعلومات التي قدمتها غير صحيحة، سيعيد مزود المستشفى تقييم حالتني المادية وسيخذ الإجراءات المناسبة. للتأهل للحصول على المساعدة، قد يتم طلب وثيقة واحدة على الأقل من الوثائق الداعمة التي تؤكد دخل الأسرة. يمكن أن تتضمن الوثائق الداعمة، على سبيل المثال لا الحصر، أحدث إقرار ضريبي للعام أو استمارة 2-W أو خطاب دعم مؤثفاً أو غيرها. قد يتم رفض المساعدة إذا لم يتم تقديم الوثائق الداعمة. أي رصيد غير مدفوع سيكون مؤهلاً لمزيد من إجراءات التحصيل. ينبغي طلبات لي ولاية فوردا حسب قانون ولاية فوردا رقم (1) بج على ساع أو منتجات أو بضائع أو خدمات من أي مستشفى في هذه الولاية عدّاً؛ رصداً لاحقاً يكون مرثلاً لاجحة من لرجة لثة وبعث على 817.50. من يحصل أو يدخل لصد لجر لمصرص عبه في اسم 775.083 أو اسم 775.082.

للحصول على مساعدة في هذا الطلب، يُرجى الاتصال على الرقم 303-0500 (407).

تاريخ الإكمال

توقيع مقدم الطلب/الكفيل

* عند عد عدد أفراد الأسرة، يتم احتساب الأشخاص التاليين فقط: (1) أقارب الدم الذين يعيشون في المنزل (2) الأقارب بالزواج الذين يعيشون في المنزل (3) الأقارب المتبنون قانوناً الذين يعيشون في المنزل.

Arabic

لاستخدام المكتبي فقط

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;">Manager</div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;">Date</div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;">Director</div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;">Date</div> </div>				