

## طلب المساعدة المالية

تاريخ الخدمة: \_\_\_\_\_ رقم الحساب: \_\_\_\_\_  
 اسم المريض أو مقدم الطلب: \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_  
 المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
 الهاتف: \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

**يجب استكمال ما يلي لأجل دراسة المساعدة المالية. الرجاء ملاحظة أنه يجب على المرضى غير المؤمن عليهم المشاركة من خلال مورد أهلية التأمين الخاص بنا قبل تلقي المساعدة.**  
 (انظر الزوج/الزوجة والأطفال المعالين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، الذين يعيشون في منزل الأسرة وتواريخ ميلادهم)

الاسم	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	إجمالي الدخل الكلي في فترة 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة	إجمالي الدخل الكلي في فترة 12 شهرًا قبل تاريخ الخدمة	اسم صاحب العمل مصدر الدخل (حدد ما إذا كنت طالبًا في كلية)
	نفسه				

1. إذا أبلغت بأن إجمالي دخلك صفر، فكيف يتم دعمك؟ \_\_\_\_\_
2. ما الولاية التي كنت تقيم فيها وقت زيارتك؟ \_\_\_\_\_
3. هل تقدمت بطلب للحصول على المعونة الطبية أو أي مساعدة أخرى في المقاطعة؟  لا  نعم (التاريخ/الولاية) \_\_\_\_\_
4. هل كان لديك تأمين صحي في تاريخ الخدمة؟  لا  نعم (قدم نسخة عن البطاقة مع هذا الطلب)
5. هل كان تاريخ الخدمة متعلقًا بحادث سيارة؟  لا  نعم (اسم التأمين/رقم المطالبة) \_\_\_\_\_
6. هل لدى أي شخص في منزلك حساب جارٍ أو حساب توفير؟  لا  نعم (القيمة) \_\_\_\_\_
7. هل لدى أي شخص في منزلك أي أصول أخرى؟  لا  نعم (النوع/القيمة) \_\_\_\_\_
8. هل أنت مالك أو مستأجر لمنزل؟  مالك  مستأجر  غير ذلك (\_\_\_\_\_)

### لأصول الدخل المسردة أعلاه يجب أن تقدم ما يلي عن كل فرد في أسرتك:

(يرجى اختيار العناصر التي تم تلقيها)

- التوظيف = دخل 3 أشهر أو 12 شهرًا  التوظيف الذاتي = استمارات الضرائب المكتملة شاملة الجدول C  
 البطالة = خطاب إعانة  رعاية طفل = مستند بأمر من المحكمة  
 الضمان الاجتماعي = خطاب إعانة  غير ذلك = إثبات لأي دخل آخر مثل عائدات أو فائدة أو دخل إيجار  
 المعاش أو الإعاقة = خطاب إعانة  حساب جارٍ / توفير = كشف حساب حديث بمدة 30 يومًا لكل حساب

شهادة: بالتوقيع على هذا المستند، أؤكد على أن الإجابات في هذا الطلب صحيحة. إذا كشفت مراجعة تالية لطلب المساعدة المالية للشخص أن المعلومات المقدمة من الشخص غير صحيحة أو زائفة، فعندئذ يجوز إلغاء قرار تقديم المساعدة المالية وسوف يتحمل الطرف المسؤول قيمة الفواتير. أدرك أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق من صحتها من جانب موفر الخدمة بالمستشفى، يشمل ذلك وكالات رفع التقارير الانتمائية وتخضع للمراجعة من جانب وكالات فيدرالية و/أو وكالات الولاية ووكالات أخرى حسب الاقتضاء.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع المريض أو ممثله: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ (إذا لم يكن المريض)

أرسل الطلب المكتمل والوثائق بالبريد إلى:

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360  
 Cincinnati, OH 45263-1360