

طلب المساعدة المالية

تاريخ الخدمة:	_____
رقم الحساب:	_____
رقم CSN:	_____
المستشفى:	_____

اسم المريض أو مقدم الطلب: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ الحالة الاجتماعية: _____

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. وسيتم اتخاذ القرارات خلال 90 يومًا من استلام الطلب المكتمل والمشاركة مع المورد الخاص بنا

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

1. إذا أبلغت بأن إجمالي دخلك صفر، فكيف يتم دعمك؟ _____
2. ما الولاية التي تقيم فيها وقت زيارتك؟ _____
3. هل تقدمت للحصول على أي مساعدة طبية أو مساعدة أخرى خاصة بالمقاطعة؟ لا نعم (التاريخ/الولاية) _____
4. هل كان لديك تأمين صحي في تاريخ الخدمة؟ لا نعم (قدّم نسخة من البطاقة مع هذا الطلب)
5. هل كان تاريخ الخدمة يتعلق بحادث سيارة؟ لا نعم (اسم التأمين/رقم الطالب) _____
6. هل يوجد أي شخص في منزلك لديك حساب جاري أو حساب توفير؟ لا نعم (القيمة) _____
7. هل يوجد أي شخص في منزلك لديه أصول أخرى؟ لا نعم (النوع/القيمة) _____
8. هل تمتلك أو تؤجر منزلًا؟ أمتلك أُؤجر أخرى (_____)

مع أصول الدخل المسردة أعلاه يجب أن تقدم ما يلي عن كل فرد في أسرتك:

- (يرجى اختيار العناصر التي تم استلامها)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> التوظيف = 3 أو دخل 12 شهر | <input type="checkbox"/> التوظيف الذاتي = استمارات الضرائب المكتملة شاملة الجدول C |
| <input type="checkbox"/> البطالة = خطاب إعانة | <input type="checkbox"/> رعاية طفل = مستند بأمر من المحكمة |
| <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي = خطاب إعانة | <input type="checkbox"/> أخرى = إثبات لأي دخل آخر مثل عائدات أو فائدة أو دخل إيجار |
| <input type="checkbox"/> المعاش أو الإعاقة = خطاب إعانة | <input type="checkbox"/> جاري / توفير = كشف حساب حديث بمدة 30 يوم 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. أتفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق من صحتها من جانب موفر الخدمة بالمستشفى، يشمل ذلك وكالات رفع التقارير الائتمانية ويخضع للمراجعة من جانب وكالات فيدرالية و/أو وكالات الولاية ووكالات أخرى حسب الاقتضاء.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع المريض أو نائبة: _____ العلاقة _____ التاريخ _____
(إذا لم يكن المريض)

أرسل بالبريد الطلب المكتمل والوثائق إلى:
Bon Secours مركز ساوثسايد الطبي الإقليمي
(Southside Regional Medical Center)
Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805 200

تاريخ آخر مراجعة: 2020/1/4