

يستخدم من قبل أخصائي مالي شخصي فقط

تاريخ تقديم الطلب

يجب إرفاق هذا الطلب بإثبات الهوية والإقامة وأحدث الإقرارات الضريبية الفيدرالية والدخل والأصول.
يرجى إرسال نسخ من جميع المستندات المطلوبة، لا ترسل المستندات الأصلية حيث أنه لن يتم إرجاعها.
لطلب المساعدة أو عند وجود أي أسئلة، يرجى الاتصال بالخدمة المالية للمرضى على الرقم 1522-281-008

حسابات المستشفى#

معلومات شخصية

اسم المريض (الأخير، الأول، الأوسط)	الحالة الاجتماعية	الضمان الاجتماعي #
(العنوان ورقم الشارع)	ملك	إيجار
(المدينة، الدولة، الرمز البريدي)		المدى
رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المتاح	(مقاطعة)
اسم الشخص الذي يكمل الطلب	الصلة بالمريض	رقم الهاتف
اسم الضامن (إذا كان شخص آخر غير المريض)	الصلة بالمريض	رقم الهاتف

معلومات عن التأمين

اسم التأمين	اسم المشترك	الصلة بالمريض
إذا لم يكن هناك تأمين - هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية صحية من خلال Marketplace؟	نعم	لا
هل أنت مستثنى من التقدم بطلب للحصول على تغطية من خلال Marketplace	نعم	لا
هل تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية خلال الـ 6 أشهر الماضية؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق نسخة من خطاب الرفض أو إثبات الاستحقاق.	نعم	لا

إذا كانت الإجابة لا، يرجى الاتصال بمكتب مجلس الخدمات الاجتماعية المحلي للحصول على إرشادات حول كيفية التقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات.

معلومات عن الأسرة (اذكر جميع الأشخاص الذين يعيشون في منزلك)

حجم الأسرة

أكمل أفراد الأسرة	الصلة بالمريض	المهنة

اسم أفراد الأسرة بما في ذلك المريض	الصلة بالمريض	المهنة
	المريض	

دخل الأسرة:

بقية الأسرة	المريض	(A) أو سنوي (M) يرجى تحديد ما إذا كان الدخل شهري	
\$	\$	M A	الراتب / الأجر قبل الخصومات
\$	\$	M A	عامل لحسابه الخاص (مع التحقق من مصدر مستقل)
\$	\$	M A	استحقاقات الضمان الاجتماعي
\$	\$	M A	التغذية / إعالة الطفل
\$	\$	M A	دعم نقدي آخر
\$	\$	M A	البطالة وتعويضات العاملين
\$	\$	M A	استحقاقات المحاربين القدامى
\$	\$	M A	مدفوعات المعاشات التقاعدية
\$	\$	M A	مدفوعات التأمين والمعاش
\$	\$	M A	أرباح / فوائد
\$	\$	M A	إيرادات الإيجار

الإجمالي

شهادة مقدم الطلب

أن المعلومات الواردة أعلاه بشأن حجم عائلتي ودخلها وأصولها حقيقية وصحيحة.
 أن التضليل المتعمد للمعلومات المقدمة سيجعني متكفلاً بجميع رسوم المستشفى.
 أن إبلاغ المستشفى بأي تغيير في الوضع فيما يتعلق بالدخل أو الأصول الخاصة بي.

توقيع المريض

التاريخ

أصول الأسرة المعيشية:

بقية الأسرة	المريض	الأصول الأخرى
\$	\$	المخدرات
\$	\$	شيكات
\$	\$	شهادة إيداع
\$	\$	حسابات سوق المال
\$	\$	سندات إدخال
\$	\$	أسهم
\$	\$	سندات
\$	\$	حساب التقاعد الفردي
\$	\$	401(K)
\$	\$	403(b)s
\$	\$	أخرى

الإجمالي

توقيع معد البيانات/ الصلة بالمريض

التاريخ

نموذج #991 (يناير, 2019)