

استمارة معلومات مالية / طلب مساعدة مالية

للحصول على المساعدة في ملء هذه الاستمارة أو إن كان لديك أسئلة، فيرجى الاتصال على الرقم 281-243-1073

اسم المريض:	رقم الهاتف:
عنوان شارع المريض:	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:
رقم الحساب (أرقام الحسابات):	تاريخ (تواريخ) الخدمة:

تعليمات: يجب الإجابة عن جميع الأسئلة. وإذا كان السؤال غير ذي صلة، فاكذب "لا ينطبق" على السطر.

أرفق نسخة ضوئية من إثبات وإحد للهوية يحمل صورة (مثال: رخصة قيادة أو جواز سفر أو غير ذلك مما يكون صادرًا عن الدولة ويحمل صورة) *

* إذا لم يتوفر إثبات هوية يحمل صورة، فيمكن استخدام وثائق أخرى تظهر الهوية. اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على المساعدة.

أرفق نسخة ضوئية لآخر إقرار ضريب دخل أو

أرفق نسخة ضوئية لأحد إثباتات الدخل الآتية:

شيك الضمان الاجتماعي أو خطاب منح

آخر كشفي راتب

خطاب من صاحب العمل يحمل اسم الموظف ومهنته وأجره بالساعة وعدد ساعات العمل

إشعار تأكيد إعانات البطالة

*** لا تعتبر هذه الاستمارة طلبًا كاملًا بدون الوثائق الداعمة. ***

الحالة:	مقيم دائم في تكساس <input type="checkbox"/>	يحمل إقامة قانونية <input type="checkbox"/>	تأشيرة المهاجرين <input type="checkbox"/>	تأشيرة غير المهاجرين <input type="checkbox"/>
الحالة الاجتماعية (اختر إجابة واحدة):	متزوج <input type="checkbox"/>	أعزب <input type="checkbox"/>	مطلق <input type="checkbox"/>	
	أرمل <input type="checkbox"/>	غير ذلك <input type="checkbox"/>		

الأطفال دون سن 18 عامًا والمعالون الآخرون داخل الأسرة (أكمل في صفحة أخرى إذا اقتضى الأمر ذلك)

درجة قرابة المعالين (اختر إجابة واحدة)					تاريخ الميلاد	الاسم بالكامل
ليس قريبًا	بالغ/ كبير السن	وصي	ربيب	طفل		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ملخص العمل	
المريض	الزوج/ الزوجة
صاحب العمل	صاحب العمل
المهنة	المهنة
الوضع الوظيفي (اختر إجابة واحدة):	الوضع الوظيفي (اختر إجابة واحدة):
<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> ربة منزل <input type="checkbox"/> غير قادر على العودة إلى العمل	<input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> ربة منزل <input type="checkbox"/> غير قادر على العودة إلى العمل

تدفقات الأسرة في الشهر		دخل الأسرة في الشهر	
المسكن:	ملك/ قرض _____	المريض	\$ _____ /الشهر
مدفوعات المسكن	\$ _____ /الشهر	الزوج/ الزوجة	\$ _____ /الشهر
المرافق (كهرباء ومياه)	\$ _____ /الشهر	النفقة الزوجية	\$ _____ /الشهر
السيارة رقم 1	\$ _____ /الشهر	البطالة	\$ _____ /الشهر
السيارة رقم 2	\$ _____ /الشهر	إعالة الأطفال	\$ _____ /الشهر
الوقود	\$ _____ /الشهر	الإعانات المقدمة لأسر المتوفي	\$ _____ /الشهر
التأمين	\$ _____ /الشهر	تعويض العمل	\$ _____ /الشهر
التلفزيون/ الكابل/ الهاتف	\$ _____ /الشهر	صندوق الائتمان	\$ _____ /الشهر
الطعام	\$ _____ /الشهر	غير ذلك	\$ _____ /الشهر
إجمالي النفقات	\$ _____ /الشهر	الدخل الإجمالي	\$ _____ /الشهر

الحسابات البنكية/ الأصول الأخرى (يجب الإجابة عن الأسئلة الثلاثة كلها):	
هل تملك حسابًا جاريًا؟ (ضع دائرة حول إجابة واحدة)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تملك حساب توفير؟ (ضع دائرة حول إجابة واحدة)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تملك عقارات إضافية؟ (ضع دائرة حول إجابة واحدة)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

في حالة الإجابة بنعم، يرجى تقديم وصف:

اسم المريض:

* أشهد بموجب عقوبة الحنث باليمين أن إجاباتي حقيقية وصحيحة على حد علمي.

* توضح المعلومات التي قدمتها دخل الأسرة ونفقاتها.

* يجوز لـ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony استخدام هذه المعلومات بالإضافة إلى تقرير الائتمان والمعلومات الأخرى المتاحة للجمهور لوضع خطة دفع و/ أو للشروع في تقديم طلب للحصول على مساعدة مالية و/ أو لتحديد الأهلية لمختلف البرامج أو التغطية أو المساعدة.

* أمنح موافقتي لـ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony للحصول على معلومات من أي مصدر للتحقق من البيانات التي أدليت بها.

* سوف تتلقى رسالة مكتوبة من Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony إذا كانت المعلومات المقدمة غير كاملة أو غير كافية لتحديد أهليتك للحصول على مساعدة مالية أو إذا كنت لا تستوفي مؤهلات الأهلية. كما سيتم إخطارك خطياً إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.

* قد يكون المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على مساعدة مالية مؤهلين للحصول على أموال من البرامج المحلية أو الاتحادية أو برامج الولايات. ومن المفترض أن يتقدم المرضى بطلبات للانضمام إلى هذه البرامج قبل تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

* وسوف تقدم Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony المساعدة للأفراد في التقدم بطلبات للانضمام إلى هذه البرامج. وقد يؤثر عدم التقدم بطلب للانضمام إلى هذه البرامج تأثيراً سلبياً على النظر في طلب المساعدة المالية للمريض.

* أشهد على حقيقة تقديمي بطلب للحصول على التغطية التأمينية الممكنة بأسرها، بما في ذلك Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance وأي تغطية محلية أو تابعة لولاية أو اتحادية أخرى.

* أدرك أنني إذا لم أكن مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فسوف أتحمل تكلفة الرعاية.

التاريخ

توقيع المريض/ الضامن

يرجى إرسال هذا الطلب بعد ملئه بالإضافة إلى جميع الوثائق الداعمة عبر البريد إلى العنوان التالي:

Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

انظر الجانب الخلفي

MEMORIAL
HERMANN

انظر الجانب الخلفي