



نموذج طلب المساعدة المالية

معلومات المريض

(يرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "لا ينطبق" إذا كان الخيار لا ينطبق على أي سطر فردي في الطلب)

التاريخ _____ رقم الحساب _____

الاسم (الأول والأخير) _____

تاريخ الميلاد _____

الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوان المراسلات _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____

مكان العمل _____ حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف مكان العمل _____

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المريض الوارد اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغاً.)

الاسم (الأول والأخير) _____

تاريخ الميلاد _____

الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوان المراسلات _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____

مكان العمل _____ حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف مكان العمل _____

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم (الأول والأخير) _____

تاريخ الميلاد _____

الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوان المراسلات _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____

مكان العمل _____ حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف مكان العمل _____

الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____

عدد الأشخاص البالغين والأطفال الذين يعيشون في المنزل _____

الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبلغ في الشهر لكل منها.)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
النفقة التي يتم تلقيها	دخل زوج / زوجة مقدم الطلب
الدخل من تأجير الممتلكات	امتيازات الضمان الاجتماعي
قسائم الطعام	الدخل من المعاش / التقاعد
توزيعات أموا التي يتم تلقيها	دخل الإعاقة
غير ذلك من مصادر الدخل	تعويضات البطالة
غير ذلك من مصادر الدخل	تعويضات العمال
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	الدخل من الفوائد / الأرباح

نفقات المعيشة الشهرية

رعاية الأطفال / النفقة	الرهن / الإيجار
بطاقات الائتمان:	المرافق
فواتير الأطباء / المستشفيات	الهاتف (الخط الأرضي)
تأمين السيارة / المركبات	الهاتف الخليوي:
التأمين على المنزل / الممتلكات	البقالة / الطعام
التأمين الطبي / الصحي	خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للتلفاز
التأمين على الحياة	مدفوعات السيارة
النفقات الشهرية الأخرى	رعاية الأطفال
إجمالي النفقات الشهرية بالدولار	

الأصول

النقد / التوفيرات / الحسابات الجارية
الأسهم / السندات / الاستثمارات / شهادة (شهادات) الإيداع
العقارات / الأخرى / المساكن الثانوية
المراكب / الدراجات النارية / المركبات الترفيهية
المركبات التي يقوم الهواة بتجميعها / المركبات غير الأساسية
الأصول الأخرى

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. وبموجبها أسمح للمستشفى للحصول على المعلومات من وكالات إعداد تقارير الائتمان الخارجية إذا رأيت ذلك ضروريًا.

توقيع مقدم الطلب _____
التاريخ _____

تعليقات
