

استمارة معلومات مالية / طلب مساعدة مالية

للحصول على المساعدة في ملء هذه الاستمارة أو إن كان لديك أسئلة، فيرجى الاتصال على الرقم 281-312-4012 أو 281-312-4000 -- ثم اضغط 5

| | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 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، فاكتب "لا ينطبق" على السطر.

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

أرفق نسخة ضوئية لأخر إقرار ضريب دخل أو

أرفق نسخة ضوئية لأحد إثباتات الدخل الآتية:

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| آخر كشفي راتب | <input type="checkbox"/> | شيك الضمان الاجتماعي أو خطاب منح | <input type="checkbox"/> |
| إشعار تأكيد إعانات البطالة | <input type="checkbox"/> | خطاب من صاحب العمل يحمل اسم الموظف ومهنته وأجره بالساعة وعدد ساعات العمل | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| الحالة: | مقيم دائم في تكساس | يحمل إقامة قانونية | تأشيرة المهاجرين | تأشيرة غير المهاجرين |
| الحالة الاجتماعية (اختر إجابة واحدة): | متزوج | أعزب | مطلق | |
| | أرمل | غير ذلك | | |

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

| اسم بالكامل | تاريخ الميلاد | درجة قرابة المعالين (اختر إجابة واحدة) |
|-------------|---------------|--|
| | | طفل |
| | | ربيب |
| | | وصي |
| | | بالغ/ كبير السن |
| | | ليس قريبًا |

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ملخص العمل | المريض | الزوج/ الزوجة |
| صاحب العمل | صاحب العمل | |
| المهنة | المهنة | |
| الوضع الوظيفي (اختر إجابة واحدة): | الوضع الوظيفي (اختر إجابة واحدة): | الوضع الوظيفي (اختر إجابة واحدة): |
| دوام كامل | دوام جزئي | دوام جزئي |
| عاطل عن العمل | غير قادر على العودة إلى العمل | غير قادر على العودة إلى العمل |
| دوام منزل | دوام منزل | دوام منزل |
| عاطل عن العمل | غير قادر على العودة إلى العمل | غير قادر على العودة إلى العمل |

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

| | | | | | |
|--|---|-----|----|----------------|----|
| الحسابات البنكية/ الأصول الأخرى (يجب الإجابة عن الأسئلة الثلاثة كلها): | هل تملك حسابًا جاريًا؟ (ضع دائرة حول إجابة واحدة) | نعم | لا | الرصيد الحالي | \$ |
| | هل تملك حساب توفير؟ (ضع دائرة حول إجابة واحدة) | نعم | لا | الرصيد الحالي | \$ |
| | هل تملك عقارات إضافية؟ (ضع دائرة حول إجابة واحدة) | نعم | لا | القيمة الحالية | \$ |

في حالة الإجابة بنعم، يرجى تقديم وصف:

انظر الجانب الخلفي



انظر الجانب الخلفي

* أشهد بموجب عقوبة الحنث باليمين أن إجاباتي حقيقية وصحيحة على حد علمي.
* توضح المعلومات التي قدمتها دخل الأسرة ونفقاتها.

* يجوز Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood 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.

* أُمِنح موافقتي لـ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood للحصول على معلومات من أي مصدر للتحقق من البيانات التي أدليت بها.

* سوف تتلقى رسالةً مكتوبةً من Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood 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 Kingwood 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 أتحمّل 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
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
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