

Beaumont

نموذج المساعدة المالية

الإرشادات: أكمل النموذج، وأرسله في غضون ١٠ أيام، مع نُسخ من كل من:

- إيصالات الأجر (آخر ٣ إيصالات)
- البيانات البنكية (آخر ٣ شهور/جميع الحسابات)
- نماذج W-2 أو بيانات البطالة

- الإقرارات الضريبية، والشرائح الداعمة
- إعانات الضمان الاجتماعي (إن وجدت)
- توضيح حاجتك للمساعدة المالية في صفحة منفصلة

معلومات المريض			
اسم المريض		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
العنوان			
رقم الضمان الاجتماعي		هاتف ()	
معلومات الطرف المسؤول			
الاسم والعنوان			
رقم الضمان الاجتماعي		هاتف ()	
اسم وعنوان (صاحب العمل)			
هاتف ()		الوظيفة	
مدة التوظيف		الراتب الشهري	عدد المُعالين
رقم رخصة القيادة			
معلومات الزوج (الزوجة)			
الاسم والعنوان			
رقم الضمان الاجتماعي		هاتف ()	
اسم وعنوان (صاحب العمل)			
هاتف ()		الوظيفة	
مدة التوظيف		الراتب الشهري	عدد المُعالين
مجموعة الأسرة التي تعيش في المنزل			
المُعالون (إذا زاد عدد المُعالين عن ٥، فاستخدم صفحة منفصلة)			
الاسم	القرابة	السن	
الاسم	القرابة	السن	
الاسم	القرابة	السن	
الاسم	القرابة	السن	
الاسم	القرابة	السن	

معلومات التأمين الصحي

شركة التأمين	العنوان	المشترك	تاريخ الأهلية	أرقام السياسة/المجموعة

الأصول/النفقات

الإقامة	المدفوعات الشهرية	القيمة	الرصيد غير المدفوع
الرهن العقاري الشهري/مدفوعات الإيجار	\$	\$	\$
أماكن الإقامة الثانية/المنزل المخصص لقضاء الإجازات	\$	\$	\$
السيارة	السنة/الطراز	الدخل الشهري	الرصيد غير المدفوع
السيارات الأولى	\$	\$	\$
السيارات الثانية	\$	\$	\$

معلومات الدخل الإضافي

إجمالي الدخل الأسري	\$		
إعالة الطفل	\$	النفقة الواجبة	
تعويض العاملين	\$	البطالة	
الضمان الاجتماعي/العجز	\$	تاريخ البطالة/مدتها	
الإيجار	\$	عقد الأراضي	
حصة الأرباح/الفائدة	\$	صندوق الائتمان	
المساعدة العامة	\$	معاش التقاعد	
البنك		الموقع	
<input type="checkbox"/> الرصيد الجاري	\$	<input type="checkbox"/> رصيد التوفير	\$

تفهم أنه يلزم استكمال هذا النموذج بالكامل وإرفاق جميع الوثائق اللازمة عند إعادة هذا النموذج، بحيث يتسنى لمستشفى بومونت تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من عدمه. وفي حال عدم إكمال هذا النموذج، سألتقى إخطاراً مكتوباً يوضح المعلومات أو الوثائق الإضافية اللازمة أو كليهما معاً. لقد قدمت معلومات حقيقية ودقيقة، وأوافق على أنه يجوز لمستشفى بومونت التحقق من هذه المعلومات والحصول على التاريخ/التقرير الانتمائي.

مقدم الطلب

التاريخ

للاستخدام الداخلي فقط

معرف المستشفى للمريض