

طلب سري للمساعدة المالية

التعليمات: استكمل الطلب وقم بإعادته في غضون 10 أيام مع إرفاق نسخ مما يلي:

أحدث إقرار ضريبي _____
 كشوفات مصرفية لثلاثة أشهر كاملة _____
 تحديد أهلية/رفض أهلية الرعاية الطبية، إذا كان ينطبق عليك ذلك _____
 الكشوفات الحالية لجميع الاستثمارات _____
 إثبات دخل لمدة ثلاثة أشهر (قسائم دفع، وما إلى ذلك). _____
 إذا لم يوجد دخل، يمكن تقديم خطاب من الطرف الذي يقدم الدعم _____

بيانات المريض	
الاسم (الأخير، الأول، حرف الاسم الأوسط)	تاريخ الميلاد
العنوان	
الهاتف الرئيسي ()	الهاتف الثانوي ()
الضمان الاجتماعي/رقم تعريف صاحب العمل	
هل أنت مقيم موثق في الولايات المتحدة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/>
هل تقدم إقراراً ضريبياً فيدرالياً؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	من هو المقدم الرئيسي للإقرارات؟ أنت <input type="checkbox"/> الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> آخر: _____
هل كانت الإجابة "لا"، فلماذا؟	هل كان لديك تأمين صحي أو أي تغطية أخرى في وقت خدمتك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
صاحب العمل	

معلومات الأسرة (اكتب قائمة بجميع الأشخاص الذين يعيشون في منزلك)

هل هذا الشخص مدرج في إقرارك الضريبي الفيدرالي؟	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	أسماء المقيمين بالمنزل
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			1
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			2
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			3
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			4
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			5

يمكن كتابة أي أفراد آخرين في الأسرة في الورقة الإضافية.

المصاريف (اكتب قائمة بالمصاريف الشهرية لجميع أفراد الأسرة) هذا القسم غير مطلوب لعيادات NHSC أو MSLRP

مدفوعات المنزل/إيجار/إيجار قطعة أرض	الضرائب العقارية (السنة)	تأمين المنزل/الإيجار
مصرفات السيارة	تأمين السيارة	وقود (المركبات)
فاتورة الهاتف	المرافق العامة	البقالة
رعاية الأطفال/إعالة الأطفال	مصرفات دراسية	نفقات أخرى
التأمين الصحي/النفقات	التأمين على الحياة	نفقات أخرى

للاستخدام الداخلي فقط	رقم السجل الطبي MRN
-----------------------	---------------------

الدخل (اكتب قائمة بدخل جميع أفراد الأسرة)					
مصدر الدخل الشهري	من الذي يتلقى هذا الدخل الشهري؟	إجمالي الدخل الشهري	مصدر الدخل الشهري	من الذي يتلقى هذا الدخل الشهري؟	إجمالي الدخل الشهري
		الضمان الاجتماعي (المريض)			الأجور (المريض)
		الضمان الاجتماعي (الإضافي)			الأجور (الإضافية)
		الاستثمارات/الفوائد			العمل الحر
		إعالة الأطفال/النفقة الزوجية			المعاشات التقاعدية/توزيعات الأرباح
		الدخل القبلي			الإكراميات/العمولة
		إيرادات عقود الإيجار/الأراضي			البطالة
		دخل المساعدة العامة			تعويضات العمال
		مصادر أخرى			الإعاقاة

الأصول المنزلية (اكتب قائمة بالأصول الخاصة بجميع أفراد الأسرة) هذا القسم غير مطلوب لعيادات NHSC أو MSLRP

مصدر الأصل	لمن هذا الأصل؟	قيمة الأصل الحالية	مصدر الأصل	لمن هذا الأصل؟	قيمة الأصل الحالية
حساب جار			قيمة العقار (المنزل)		
حساب جار ثاني			قيمة العقار (الثاني)		
حساب توفير			قيمة المركبة (الرئيسية)		
حساب توفير ثاني			قيمة المركبة (الثانية)		
شهادات الإيداع CD /سوق المال			دراجة نارية/مركبة ATV/قارب/مقطورة		
خطط المعاشات التقاعدية 401k/403B/حساب تقاعد فردي IRA			التأمين على الحياة (قيمة استرداديه)		
الأسهم/السندات/الأقساط السنوية			اعتماد مالي		
حساب التوفير الصحي HSA /حساب إنفاق من FSA			خدمات الدفع المتنقلة/الافتراضية		
مصادر أخرى			مصادر أخرى		

أفهم جيدًا أن المعلومات المقدمة بشأن الدخل السنوي وحجم الأسرة والأصول تخضع للتحقق. أفهم أيضًا أنه إذا تم تحديد أن المعلومات المقدمة كاذبة، فسيؤدي ذلك إلى رفض هذا التطبيق وسيظل رصيد الحساب المستحق مسؤوليتي.

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى المساعدة في استكمال هذا الطلب، يرجى الاتصال بنا هاتفياً على الرقم 248.577.9205 أو من خلال البريد الإلكتروني patient_financial_resources@beaumont.org.

التاريخ

مقدم الطلب

التاريخ

الزوج/الزوجة