

نظام النجدة الصحي
استمارة المساعدة المالية

المنشأة _____ التاريخ: _____
 كنية المريض _____ الاسم الأول _____ ال حساب _____
 # _____ تاريخ الولادة _____ ال وضع العائلي _____ ال هات ف _____
 عنوان المريض _____
 رب ال عمل _____ زوجة (رب ال عمل) _____

افراد العائلة (عدد الزوجة والطفل دون ال 18 من ال عمر، او كم من ذكورون على الضرائب وتواريخ مي ال دمهم):

الاسم	تاريخ الولادة	الاسم	تاريخ الولادة
1. _____	/ _____	4. _____	/ _____
2. _____	/ _____	5. _____	/ _____
3. _____	/ _____	6. _____	/ _____

على المتقديم تقديم كل المستندات المطلوبة في البريدي ذاته ال:
 نظام المساعدة المالية للنجدة
 صرندوق البريدي: 742431
 اتالنتا، 30374-2431

الرجاء ال اجابة على كل ال سئلة وتقديم ال معلومات المطلوبة
 على المريض غير ال مؤمنين المشراكة بتاميننا للحصول على المساعدة
 سيتم اتخاذ ال قرارات خلال 60 يومًا من تسليم ال استمارة ال معبئة والمشاركة مع ال بائع

الرجاء ال اجابة على جميع ال سئلة ادناه	اذا اجبت بنعم، الرجاء تقديم ال مستندات ادناه لك لفسرد من ال عائلة يسفديدم من ال مبل غ.
هل احد افراد عائلتك يعمل لحسابه ال خاص؟	استمارات الضرائب الكاملة بما فيها ضرائب ال عمل التجارية من السنة ال خيرة والفصل ال خير وفيها ال دخل الفصلي.
هل احد افراد عائلتك موظف؟	ثالث قسائم دفع جديدة او رسالة موقعة من رب ال عمل
هل يتلقى احد افراد عائلتك اعانات من البطالة؟	رسالة فائدة او بطاقة من موقع الدولة ال لكتروني
هل يتلقى احد افراد عائلتك امنًا اجتماعي؟	رسالة فائدة او كشف حساب مصرفي من الودائع ال مباشرة
هل يتلقى احد افراد عائلتك معاشا من التقاعد؟	رسالة معاش او تقاعد او كشف حساب مصرفي من الودائع
هل يتلقى احد افراد عائلتك فواتير للغذاء ال اضافي من برنامج المساعدة؟	رسالة من برنامج المساعدة للغذاء ال اضافي
هل يتلقى احد افراد عائلتك نفقة للطفل؟	وثيقة من ال محكمة او رسالة من ال ب غير المحكوم عليه جنائيًا
هل يملك احد افراد عائلتك عقارًا ال ي جاز او ال استثمار؟	اتفاقية ال ي جاز وكشف عن قيمة ال مدخول
هل يملك احد افراد عائلتك مصادر أخرى لل دخل؟	اسم وسندات وممتلكات اضافية... الرجاء وضع ال بيانات ال حالية
هل يملك احد افراد عائلتك سجلاً مصرفي او مل	الرجاء ارفاقها بنسخة كاملة عن البيان لمدة شهر لكل حساب

ال دخل

نعم كمال

ال يتلقى احد افراد عائلتك مدخولًا عليك تقديم الشخص الذي يؤمن الطعام والمسكن والمصاريف ال يومية ادناه والرجاء ذكر نوع المساعدة ال مقدمة اذا

نوع ال دخل (الاسم) _____ رقم ال هاتف _____
 تقدم ال طعام، المسكن، والمصاريف ال يومية للمريض المذكور ال به بل غ وقدره \$ _____ في الشهر أص

نوع المساعدة

التاريخ

ال علقه

التوقيع

على الحق تميم على الفيزا ابراز نسخة عن كافة التامينات المالية وأو معلومات الرعاية المطلوبة للفيزا.

<<<وسوف تواصل>>>

نظام النجدة الصحي استمارة المساعدة المالية

الاسم الأخير للمريض _____ الأول _____ الألب _____

قائمة فوائد الوصول الشخصية

دخل الفرد السنوي _____ (اليداع) نقدياً _____

شهادة

الموالم المتوفرة معه، في المصرف، في حساب التوفير _____ السن الرئسي (نقدياً) _____

الجار الشري _____ عقارات اخرى (نقدياً) _____

نفقات الرهن الشري _____ 401 مليون (نقدياً) _____

هل كان الالجاب بسبب حادث؟ نعم _____ كمال _____ ال غطي برنامج المساعدة المالية الالجات الالجات عن حوادث الالعمل وعماليات الالجميل او اجراءات تخطي المعق، والالحوادث والالجات الالخرى التي تتلقى من الالاعويضاً كالفواتير الالستشفى والالجروح والالالم والالوجاع الالخرى).

هل لديك تأمين صحي؟ نعم كمال (اذا كان الالجاب نعم، أالجب على الالسئلة الالناه)

1 اسم الالأمين _____ الالبوليصة الالأمين _____ الالبوليصة

2 اسم الالأمين _____ الالبوليصة الالأمين _____ الالبوليصة

هذا أالطلب أن تقوم نظام النجدة الصحي، الالخذ قرار كالابي عن أالبيتي للالوصول على المساعدة المالية. أنا أالعلم أالعه، اذا تم الكالشف الالقي وهذا قد يودي إلى رفض الالبي وأالصبح مسؤول عن رسوم لقاء الالخدمات الالقدمة. وأالشهد أن الالعلومات الالواردة أالاله صحيحة وبموجب الالعلومة كالأذبة،

والالاملة. وأالاعترف بأن الالعاون مع فحص الالهلوية مطلوب للال نظر في المساعدة المالية.

الالعلومات الالاضافية

توقيع الطرف المسؤول: _____ لتاريخ: _____

يحق لنظام النجدة الصحي الالتحقق من صحة الالعلومات الالواردة في طلب المساعدة المالية، وذلك بهدف الالتحقق من صحة الالدخل الشالخي أو الالعدم ووجودها، وستجرى بطريقتة على أالكبر قدر من السرية، ولن يالصدّر اي تقرير من قبل أي وكالة مكتب الالاليمان التي يمكن أن تؤثر الالعلومة كالأذبة،

سلبا على خصوصية مقدم الالطلب.

اذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية، يرجى زيارة مستشار مالي في مستشفى النجدة المحلي أو الالالتصال بقسم خدمات الالعمالء.

نظام النجدة الصحي

ريتشموند المحلي 9300-521-804
هامبتون الطرق المحلية 2777-215-757
الثنين - الجمعة 8:30 حتي 12:30 و 13:30 حتي 04:00