

طلب المساعدة المالية

تاريخ الخدمة: _____

رقم الحساب: _____

اسم المريض أو مقدم الطلب: _____

العنوان: _____

المدينة: _____

الولاية: _____

الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ الحالة الاجتماعية: _____

يجب استكمال ما يلي لأجل دراسة المساعدة المالية. الرجاء ملاحظة أنه يجب على المرضى غير المؤمن عليهم المشاركة من خلال مورد أهلية التأمين الخاص بنا قبل تلقي المساعدة. (اذكر الزوج/الزوجة والأطفال المعالين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، الذين يعيشون في منزل الأسرة وتواريخ ميلادهم)

الاسم	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	إجمالي الدخل الكلي في الأشهر الـ 3 السابقة لتاريخ الخدمة	إجمالي الدخل الكلي في الأشهر الـ 12 السابقة لتاريخ الخدمة	اسم صاحب العمل مصدر الدخل (حدد ما إذا كنت طالبًا في كلية)
	نفسه				

1. إذا أبلغت بأن إجمالي دخلك صفر، فكيف يتم دعمك؟
2. ما الولاية التي كنت تقيم فيها وقت زيارتك؟
3. هل تقدمت بطلب للحصول على المعونة الطبية أو أي مساعدة أخرى في المقاطعة؟ لا نعم (التاريخ/الولاية)
4. هل كان لديك تأمين صحي في تاريخ الخدمة؟ لا نعم (قدم نسخة عن البطاقة مع هذا الطلب)
5. هل كان تاريخ الخدمة متعلقًا بحادث سيارة؟ لا نعم (اسم التأمين/رقم المطالبة)
6. هل لدى أي شخص في منزلك حساب جارٍ أو حساب توفير؟ لا نعم (القيمة)
7. هل لدى أي شخص في منزلك أي أصول أخرى؟ لا نعم (النوع/القيمة)
8. هل أنت مالك أو مستأجر لمنزل؟ مالك مستأجر غير ذلك ()

لأصول الدخل المسردة أعلاه يجب أن تقدم ما يلي عن كل فرد في أسرتك:

(يرجى اختيار العناصر التي تم تلقيها)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> التوظيف = دخل 3 أشهر أو 12 شهرًا | <input type="checkbox"/> التوظيف الذاتي = استمارات الضرائب المكتملة شاملة الجدول C |
| <input type="checkbox"/> البطالة = خطاب إعانة | <input type="checkbox"/> رعاية طفل = مستند بأمر من المحكمة |
| <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي = خطاب إعانة | <input type="checkbox"/> غير ذلك = إثبات لأي دخل آخر مثل عائدات أو فائدة أو دخل إيجار |
| <input type="checkbox"/> المعاش أو الإعاقة = خطاب إعانة | <input type="checkbox"/> حساب جارٍ / توفير = كشف حساب حديث لمدة 30 يومًا لكل حساب |

شهادة: بالتوقيع على هذا المستند، أؤكد على أن الإجابات في هذا الطلب صحيحة. إذا كشفت مراجعة تالية لطلب المساعدة المالية للشخص أن المعلومات المقدمة من الشخص غير صحيحة أو زائفة، فعندئذ يجوز إلغاء قرار تقديم المساعدة المالية وسوف يتحمل الطرف المسؤول قيمة الفواتير. أدرك أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق من صحتها من جانب موفر الخدمة بالمستشفى، يشمل ذلك وكالات رفع التقارير الائتمانية وتخضع للمراجعة من جانب وكالات فيدرالية و/أو وكالات الولاية ووكالات أخرى حسب الاقتضاء.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع المريض أو ممثله: _____ العلاقة: _____ التاريخ: _____ (إذا لم يكن المريض)

أرسل الطلب المكتمل والوثائق بالبريد إلى:
Mercy Health Public Benefits Dept
PO Box 631774
Cincinnati, OH 45263-1774