

طلب مساعدة مالية

اسم الكفيل

اسم المريض/ة (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
عنوان المريض/ة	المدينة	الولاية
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	رقم الهاتف	المقاطعة
المريض/ة موظف نعم لا	الزوجة/موظف نعم لا	الحالة الاجتماعية (أحدها): متزوج/ة _____ عازب/ة _____ أرمل/ة _____ مطلق/ة/منفصل/ة _____
صاحب عمل المريض/ة: _____	صاحب عمل الزوج/ة: _____	رقم الهاتف: _____
أ. الدخل	يرجى تقديم دخل كل من الأشخاص التالية أسماؤهم في منزلك.	دوام كامل دوام جزئي
المريض/ة	دوام كامل دوام جزئي	ساعة /أسبوع = _____
	الأجر بالدولار في _____ الساعة الأسبوع الأسبوعين الشهر السنة	ساعة /أسبوع = _____
	دخل إضافي _____ دولار	دوام كامل دوام جزئي
	الدخل الإجمالي للأسرة _____ دولار	ساعة /أسبوع = _____
	ب. بيان الدخل: يرجى تقديم نموذجين من إثبات الدخل (بارسال نسخ فقط، وليس الوثائق الأصلية) لجميع مصادر الدخل الأسري خلال 90 يوماً الماضية (الوثائق المقبولة مذكورة أدناه).	الأجر بالدولار في _____ الساعة الأسبوع الأسبوعين الشهر السنة
	بيان الضريبة (موصى بتقديمه)	دخل إضافي _____ دولار
	إذا لم تستطع تقديم الوثائق الموصى بها فيرجى بيان السبب.	كشفت مصرفي (موصى بتقديمه)
	ج. أفراد الأسرة: يرجى تقديم العدد الإجمالي للأفراد في أسرة المريض/ة.	إيداع شيك أجور عمل
	(يجب ألا يشمل هذا العدد إلا على المريض/ة، الزوج/ة، والمعالين من قبل المريض/ة)	
	د. الأصول والموارد الأخرى: يرجى وضع دائرة حول إجابتك	
هل يتوفر لديك أي أصول أو موارد أخرى؟ (من الأمثلة على ذلك حسابات التوفير، وصناديق الائتمان، والأسهم والسندات، وحسابات التقاعد، وصناديق الاستثمار، الخ)	نعم لا	إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ الحالي المتوفر: _____
هل لديك تأمين طبي؟	نعم لا	إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكر اسم المزود: _____
هل لديك حساب للتوفير الصحي أو حساب للإنفاق المرن (FSA)؟	نعم لا	إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ الحالي المتوفر: _____

أنا أفهم أن نظام ميثوديست الصحي (MHS) قد يتحقق من صحة المعلومات المالية الواردة في طلبتي هذا للمساعدة المالية ("FAP") فيما يتعلق بتقييم نظام MHS لهذا الطلب، وأفوض بموجب توقيع صاحب عملي أو أي شخص أدرج اسمه في هذا الطلب للتصديق على تفاصيل هذا الطلب أو تقديم تفاصيل إضافية تتعلق بالمعلومات الواردة فيه. كما أسمح أيضاً الآن لـ MHS بطلب التقارير من وكالات تقارير الائتمان وإدارة الضمان الاجتماعي. وأشهد أن البيانات الواردة في هذا الطلب صحيحة وسليمة، إلى حد علمي واعتقادي، وقدمت بحسن نية. وأنا أدرك أن تزوير المعلومات أو تحريفها في هذا الطلب قد يؤديان إلى الحرمان من المساعدات المالية. وأفهم أيضاً أن الأطباء ومزودي الخدمات ليسوا موظفين في MHS. وأنقهم تماماً أنني قد أتلقى فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات هؤلاء ولا ينطبق طلبتي هذا للمساعدة المالية على تلك الأرصدة المستحقة.

التاريخ

الاسم بخط واضح

توقيع المريض أو الجهة المسؤولة