

طلب مساعدة مالية

اسم الكفيل

اسم المريض/ة (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط) رقم الضمان الاجتماعي تاريخ الميلاد

عنوان المريض/ة المدينة الولاية المقاطعة الرمز البريدي

الحالة الاجتماعية (أحدها):

متزوج/ة _____ عازب/ة _____ أرملة/ة _____ مطلق/ة/منفصل/ة _____

رقم الهاتف

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)

الزوج/ة موظف نعم لا

المريض/ة موظف نعم لا

صاحب عمل الزوج/ة: _____

صاحب عمل المريض/ة: _____

رقم الهاتف: _____

رقم الهاتف: _____

أ. الدخل	يرجى تقديم دخل كل من الأشخاص التالية أسماؤهم في منزلك.
المريض/ة	دوام كامل دوام جزئي ساعة /أسبوع = _____
الزوج/ة	دوام كامل دوام جزئي ساعة /أسبوع = _____
	الأجر بالدولار في _____ الساعة الأسبوع الأسبوعين الشهر السنة دخل إضافي _____ دولار
	الأجر بالدولار في _____ الساعة الأسبوع الأسبوعين الشهر السنة دخل إضافي _____ دولار
	الدخل الإجمالي للأسرة _____ دولار

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).

بيان الضريبة (موصى بتقديمه) كشف مصرفي (موصى بتقديمه) إيداع شيك أجور عمل إذا لم تستطع تقديم الوثائق الموصى بها فيرجى بيان السبب.

ج. أفراد الأسرة: يرجى تقديم العدد الإجمالي للأفراد في أسرة المريض/ة. (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: _____ دولار
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: _____ دولار	

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 أمتنع أيضاً الإذن 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. وأنفهم تماماً أنني قد أتلقى فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات هؤلاء ولا ينطبق طلبتي هذا للمساعدة المالية على تلك الأرصدة المستحقة.

توقيع المريض أو الجهة المسؤولة الاسم بخط واضح التاريخ

40795A (11-20)