

استمارة معلومات مالية / طلب مساعدة مالية

للحصول على المساعدة في ملء هذه الاستمارة أو إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال على الرقم 713.338.5502 أو 800.526.2121 - اضغط على الرقم 5

الهاتف:

اسم المريض:

المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

عنوان شارع المريض:

تاريخ (تواريخ) الخدمة:

رقم الحساب (أرقام الحسابات):

تعليمات:

يجب الإجابة عن جميع الأسئلة. وإذا كان السؤال غير ذي صلة، فاكتب "لا ينطبق" على السطر.

أرفق نسخة ضمنية من إثبات هوية واحد يحمل صورة (مثال: رخصة قيادة أو جواز سفر أو غير ذلك مما يكون صادرًا عن الدولة ويحمل صورة) *

* إذا لم يتوفر إثبات هوية يحمل صورة، فيمكن استخدام وثائق أخرى تظهر الهوية.

أرفق نسخة ضمنية من أحدث إقرار ضريبة الدخل أو أرفق نسخة ضمنية من أحد إثباتات الدخل التالية:

آخر كعبيين لشبك الراتب

شيك الضمان الاجتماعي أو خطاب المنحة

خطاب من صاحب العمل يحمل اسم الموظف ومهنته وأجره بالساعة وعدد ساعات العمل

استمارة تأكيد تعويضات البطالة

*** لا تعتبر هذه الاستمارة طلبًا كاملًا بدون الوثائق الداعمة. ***

مقيم دائم في تكساس

يحمل إقامة قانونية

تأشيرة هجرة

تأشيرة غير المهاجرين

الحالة:

متزوج

أعزب

مطلق

الحالة الاجتماعية (حدد إجابة واحدة):

أرمل

أخرى

الأطفال دون سن 18 عامًا والمعالون الآخرون داخل الأسرة (أكمل في صفحة أخرى إذا اقتضى الأمر ذلك)

درجة قرابة المعالين (حدد إجابة واحدة)

الاسم بالكامل	تاريخ الميلاد	طفل	ربيب	وصي	بالغ/ كبير السن	ليس قريبًا

ملخص العمل

المريض	الزوج/ الزوجة
صاحب العمل	صاحب العمل
المهنة	المهنة
الوضع الوظيفي (حدد إجابة واحدة):	الوضع الوظيفي (حدد إجابة واحدة):
دوام كلي <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> بلا عمل <input type="checkbox"/>	دوام كلي <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> بلا عمل <input type="checkbox"/>
غير قادر على العودة إلى العمل <input type="checkbox"/>	غير قادر على العودة إلى العمل <input type="checkbox"/>
ربة منزل <input type="checkbox"/>	ربة منزل <input type="checkbox"/>

دخل الأسرة في الشهر

نفقات الأسرة في الشهر

المريض	الزوج/ الزوجة	نفقة الزوجة	البطالة	إعالة الأطفال	استحقاقات الوراثة	تعويضات العمال	صندوق الائتمان	أخرى	إجمالي الدخل
دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر
السكن:	الملبغ المدفوع للمنزل	مرافق (الكهرباء، المياه)	السيارة الأولى	السيارة الثانية	البنزين	التأمين	التلفزيون/ الكابل/ الهاتف	الطعام	النفقات الإجمالية
ملك/ قرض	الإيجار	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر	دولار / شهر

الحسابات البنكية/ الأصول الأخرى (يجب الإجابة عن الأسئلة الثلاثة كلها):

هل تملك حسابًا جاريًا؟ (ضع دائرة حول إحدى الإجابتين)	نعم	لا	الرصيد الحالي
هل تملك حساب توفير؟ (ضع دائرة حول إحدى الإجابتين)	نعم	لا	الرصيد الحالي
هل تملك عقارات إضافية؟ (ضع دائرة حول إحدى الإجابتين)	نعم	لا	القيمة الحالية
في حالة الإجابة بنعم، يرجى تقديم وصف:			

انظر الجانب الخلفي

انظر الجانب الخلفي

MEMORIAL
HERMANN

- أشهد بموجب عقوبة الحنث باليمين أن إجاباتي حقيقية وصحيحة على حد علمي.
- توضح المعلومات التي قدمتها دخل الأسرة ونفقاتها.
- يجوز لميموريال هيرمان استخدام هذه المعلومات بالإضافة إلى تقرير الائتمان والمعلومات الأخرى المتاحة للجمهور لوضع خطة دفع و/ أو للشروع في تقديم طلب للحصول على مساعدة مالية و/ أو لتحديد الأهلية لمختلف البرامج أو التغطية أو المساعدة.
- أمانح موافقتي لميموريال هيرمان للحصول على معلومات من أي مصدر للتحقق من البيانات التي أدليت بها.
- سوف تتلقى رسالة مكتوبة من ميموريال هيرمان إذا كانت المعلومات المقدمة غير كاملة أو غير كافية لتحديد أهليتك للحصول على مساعدة مالية أو إذا كنت لا تستوفي مؤهلات الأهلية. كما سيتم إخطارك خطياً إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية.
- قد يكون المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على مساعدة مالية مؤهلين للحصول على أموال من البرامج المحلية أو الاتحادية أو برامج الولايات. ومن المفترض أن يتقدم المرضى بطلبات للانضمام إلى هذه البرامج قبل تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية. وسوف تقدم ميموريال هيرمان المساعدة للأفراد في التقدم بطلبات للانضمام إلى هذه البرامج. وقد يؤثر عدم التقدم بطلب للحصول على هذه البرامج تأثيراً سلبياً على النظر في طلب المساعدة المالية للمريض.
- أشهد على حقيقة تقديمي بطلب للحصول على التغطية التأمينية الممكنة بأسرها، بما في ذلك برنامج ميديكيد Medicaid وبرنامج ضحايا الجرائم Crime Victims و هيلث إكستشينج إنشورنس Health Exchange Insurance وأي تغطية محلية أو تابعة لولاية أو اتحادية أخرى.
- أدرك أنني إذا لم أكن مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فسوف أتحمّل تكلفة الرعاية.

التاريخ

توقيع المريض/ الضامن

بعد استكمال هذا الطلب، يرجى إرساله بالبريد العادي أو الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى جانب جميع المستندات الداعمة إلى:

Patient Business Services

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

عناية: PBS Financial Assistance

فاكس: 713-338-4261

بريد إلكتروني: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

للاستخدام المكتبي فقط
المساعدة المالية التي اعتمدها المدير التنفيذي/ المدير المالي

اعتماد:

التاريخ

المسمى الوظيفي

الاسم/ التوقيع

انظر الجانب الخلفي

MEMORIAL
HERMANN

انظر الجانب الخلفي