نموذج طلب المساعدة المالية

مستشفى بوسيروس • مستشفى جاليون • أفيتا أونتاريو • أطباء أفيتا

اسم مقدم الطلب _____
الاسم الأخير الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط

العنوان الكامل _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ الهاتف _____

*تاريخ الحصول على الخدمة _____

رقم الحساب _____

1. هل المريض (المرضى) مواطن أمريكي؟ ◯ نعم ◯ لا
2. هل كان المريض (المرضى) مقيمًا في أوهايو وقت الحصول على الخدمة؟ ◯ نعم ◯ لا
3. هل كان المريض (أو المرضى) أحد مستفيدي برنامج Medicaid النشطين وقت الحصول على الخدمة؟ ◯ نعم ◯ لا
   إذا كانت الإجابة "نعم"، فأدخل الرقم التعريفي للمستفيد من برنامج Medicaid: _____
4. هل كان لدى المريض (المرضى) تأمين صحي (بخلاف Medicaid) وقت الحصول على الخدمة؟ ◯ نعم ◯ لا
   إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر اسم التأمين: _____

يُرجى تقديم جميع المعلومات المطلوبة الخاصة بمقدم الطلب وبكل من يعيش في منزله.

الاسم بالكامل	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب	إجمالي الدخل قبل الخصومات		
			مصدر الدخل (على سبيل المثال: الوظيفة، دخل الضمان الإضافي (SSI)، دعم الطفل، النفقة)	3 أشهر قبل أقدم تاريخ للحصول على الخدمة	12 شهرًا قبل أقدم تاريخ للحصول على الخدمة

إذا أبلغت عن دخل مقداره 0 دولار أو الحد الأدنى للدخل، فقدم شرحًا موجزًا أدناه حول كيفية تلبية احتياجاتك المعيشية الأساسية، بما في ذلك ذكر من يوفر لك المأوى والغذاء والمواصلات والمرافق والملابس والمدة التي دعمك فيها هذا الشخص (الأشخاص) و/أو الوكالة (الوكالات).

الدخل من (جميع أفراد الأسرة)
حدد كل ما ينطبق **
- ☐ نُسخ من قسائم الرواتب الحالية ونماذج الأجور والضرائب (W2) عن السنة الماضية خطاب
- ☐ مخصصات الضمان الاجتماعي/ التقاعد/ الإعاقة
- ☐ إعانة البطالة
- ☐ دخل العمل الحر
- ☐ إعالة الطفل أو النفقة
- ☐ غير ذلك: _____

الأصول السائلة (جميع أفراد الأسرة)
حدد كل ما ينطبق **
- ☐ نقد
- ☐ كشف حساب جري/توفير
- ☐ غير ذلك: _____

****في حال التحديد، فسوف تكون مُطالبًا بتحميل/ تقديم المستندات الداعمة**

أرسل هذا النموذج مع الوثائق الداعمة إلى:

Avita Health System
Patient Services :عناية
269 Portland Way S
Galion, OH 44833
419-462-4582 :فاكس
للمساعدة اتصل على الرقم: 419-468-0512

أدرك أنني إذا قدمت عمدًا أي معلومات خاطئة أو حجبت أي معلومات بخصوص أي موقف، فسوف أكون عرضة لإمكانية الملاحقة القضائية بتهمة الاحتيال. أُصرّح، بالتوقيع على هذا الطلب، بالإفصاح عن أي معلومات مطلوبة لتحديد أهليتي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التحقق من العنوان، والتحقق من حالة الائتمان من خلال مكتب ائتمان وطني، والتحقق من الأصول من خلال مكتب التقييم الضريبي بالمقاطعة، والتحقق من جميع المزايا المذكورة.

التوقيع _____ **التاريخ** _____

*سيتم قبول الطلبات للخدمات المقدمة خلال مدة تصل إلى 240 يومًا من تاريخ إصدار أول كشف حساب