

Patient Account Number

طلب المساعدة المالية الخاص بمؤسسة  
Baylor Scott & White Health

اسم المريض (اسم العائلة، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

رقم الضمان الاجتماعي

المقاطعة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان إقامة المريض
	أعزب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/>	متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية:	رقم الهاتف
			اسم الزوج/الزوجة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
			موظف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف
			جهة عمل المريض	هل تُد مُد منشآت BSWH التي تلقت الخدمات بها هي الأقرب إلى محل إقامتك في منشآت الشبكة؟
			رقم الهاتف	إذا كانت الإجابة "لا"، فهل كنت المنشآت الأقرب غير قادرة أو غير مستعدة على تقديم الرعاية لك؟
			رقم الهاتف	

\*\*في حالة عدم العمل، يرجى ذكر اسم صاحب العمل السابق ورقم هاتفه\*\*

يرجى إكمال هذا القسم إذا كان المريض قاصراً فقط (إذا لم يكن كذلك فتركه فارغاً)	أ. <b>الطفل:</b> يرجى ذكر دخل كل شخص من الأشخاص التاليين في أسرته.
والد المريض	المريض
دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ دولار _____ الدخل الإضافي: دولار _____	دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ دولار _____ في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> الدخل الإضافي: دولار _____
والدة المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ دولار _____ في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> الدخل الإضافي: دولار _____ إجمالي دخل الأسرة بالدولار: _____	الزوج/الزوجة
	دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ دولار _____ في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> الدخل الإضافي: دولار _____ إجمالي دخل الأسرة بالدولار: _____

ب. **التحقق من الدخل:** يرجى تقديم إثبات لكل مصدر من مصادر دخل الأسرة (ارسل نسخة من الوثائق فقط وليس النسخ الأصلية) (الوثائق التي يتم قبولها مدرجة أدناه). ضع علامة على الوثائق المرفقة:

- بيان التحويل الخاص بشيك الراتب  إثبات من صاحب العمل
- نموذج W-2 الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS)  إقرار ضريبة الدخل
- كشوفات مصرفية  غير ذلك (وضح أدناه)  خطابات الضمان الاجتماعي، خطابات تعويض العاملين أو خطابات إقرار التعويض عن البطالة

إذا لم تكن قادراً على تقديم مصادر إثبات الدخل المذكورة أعلاه، فيرجى توضيح سبب عدم توفر هذه المعلومات لديك:

ج. <b>أفراد الأسرة:</b> يرجى ذكر إجمالي عدد أفراد أسرة المريض. (ينبغي أن يشمل هذا العدد المريض وزوج/زوجة المريض ومن يعلمهم المريض فقط)
--

د. <b>المصادر والمصارف الأخرى:</b>		
هل لديك أي أصول أو موارد أخرى متاحة لك؟ (على سبيل المثال، حسابات ائتمان، ودائع، أسهم، صناديق استثمار، صناديق تقاعد، صناديق الاستثمار المشتركة وما إلى ذلك)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قيمة المبلغ الحالي المتاح بالدولار: _____
هل لديك تأمين صحي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر اسم مقدم الخدمة: _____
هل لديك حساب مخزونات الصحة أو حساب إنفاق من؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قيمة المبلغ الحالي المتاح بالدولار: _____

أدرك أن مؤسسة Baylor Scott & White Health ("BSWH") قد تتحقق من صحة المعلومات المالية الواردة في طلب الحصول على المساعدات المالية هذا ("الطلب") فيما يخص تقييم مؤسسة BSWH لهذا الطلب، وأصرح، بموجب توقيع على هذه الوثيقة، لصاحب العمل الخاص بي وأي شخص تم ذكره في هذا الطلب بإثبات أو تقديم تفاصيل إضافية فيما يتعلق بالمعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأصرح أيضاً لمؤسسة BSWH بطلب تقارير من وكالات جمع المعلومات الائتمانية وإدارة الضمان الاجتماعي. أشهد أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي وتقديري، ومقدمة بحسن نية. أدرك أن تزوير أو تحريف المعلومات المذكورة في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض حصولي على المساعدات المالية.

أدرك كذلك أن بعض الأطباء ومقدمي الخدمات قد لا يكونون موظفين لدى مؤسسة BSWH. أدرك أنني قد أتلقى فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات هؤلاء وأن طلب الحصول على المساعدات المالية هذا لن ينطبق على الحسابات المستحقة تلك.

التاريخ

الاسم بأحرف واضحة

توقيع المريض أو الطرف المسؤول

<b>For Hospital Use Only</b>		
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	_____	_____
	Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative	Date
<b>Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:</b>		
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program	Program Name: _____	First Statement Date: _____