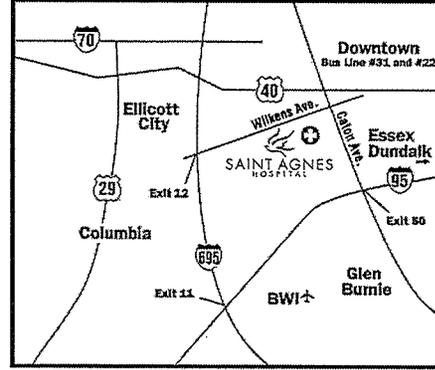


## الخدمات المالية للمريض

نموذج  
المساعدات المالية  
الموحد بولاية ماريلاند

## نشكرك على اختيارك مستشفى Saint Agnes Hospital لتلبية احتياجاتك الطبية!



900 S. Caton Avenue  
Mailstop 045  
Baltimore, MD 21229  
667-234-2140

لمستخدمي الهواتف النصية، يُمكنهم الاتصال  
بالرقم: 667-234-2001  
www.TeamSaintAgnes.com

## برنامج المساعدات المالية بالمستشفى

نشكرك على اختيارك مستشفى Saint Agnes Hospital لتلبية احتياجاتك الطبية.

لقد أعربت عن رغبتك في التقدّم بطلب للاستفادة من برنامج المساعدات المالية بالمستشفى. ويتطأب النظر في ذلك أن تُسلم المستندات المطلوبة في مكتبنا:

- استمارة طلب مكتملة
- إقرار ضريبة الدخل الاتحادي للسنوات السابقة
- إثبات الدخل الحالي أو -إذا كنت عاطلاً- إثبات تعويضات العمل أو خطاب توصية
- إثبات حول أي فحوصات طبية
- نسخة من دفاتر حساب التوفير و/أو الحساب الجاري
- نسخة من أي فواتير طبية غير مسددة

عند الانتهاء من عملية التقييم، سيتم إخطارك بالنسبة المؤوية للمخصصات -إن وجدت- التي سَتطبق على حساباتك غير المُسددة.

إذا لم ننتلق المعلومات المطلوبة خلال 15 يومًا، فسننتبع ممارسات التجميع المعتادة لدينا. إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات، فيرجى التواصل مع ممثل حساب المريض على الرقم 667-234-2140.

## نموذج المساعدات المالية الموحد بولاية ماريلاند

### معلومات عنك

الاسم:	الأول	الأوسط	الأخير
رقم التأمين الاجتماعي:			
تاريخ الميلاد:			
الحالة الاجتماعية:	أعزب	متزوج	منفصل
مواطن أمريكي:	نعم	لا	
مقيم دائم:	نعم	لا	
عنوان المنزل:			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
البلد	الهاتف		
اسم صاحب العمل:			
عنوان العمل			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
عدد أفراد الأسرة:			
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	
الاسم	العمر	صلة القرابة	

هل تقدمت بطلب من قبل للحصول على المساعدة الطبية؟  
لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فما التاريخ الذي تقدمت فيه؟

إذا كانت الإجابة بنعم، فما الذي دفعك لذلك؟

هل تتلقى أي نوع من المساعدة من الولاية أو الدولة؟  
لا نعم

### 1. دخل الأسرة

المبلغ الشهري

الوظيفة

استحقاقات التعاقد/المعاش

استحقاقات التأمين الاجتماعي

استحقاقات المساعدة العامة

استحقاقات العجز

إعانة البطالة

استحقاقات المحاربين القدامى

النفقة

إيراد تأجير الممتلكات

استحقاقات الإضراب

التخصيص العسكري

المزرعة أو العمل الحر

مصادر أخرى للدخل

### الإجمالي

### 2. الأصول السائلة

حساب جارٍ

حساب توفير

الأسهم، أو السندات، أو شهادات الإيداع،

أو السوق النقدية

حسابات أخرى

### الإجمالي

### 3. أصول أخرى

إذا كنت تملك أيًا من العناصر التالية، فيرجى ذكر النوع والقيمة التقريبية.

منزل: رصيد قرض: القيمة:

سيارة: طراز: السنة: القيمة:

سيارة: طراز: السنة: القيمة:

### 3. أصول أخرى

سيارة: طراز: السنة: القيمة:

ممتلكات أخرى:

### الإجمالي

### 4. المصاريف الشهرية

المبلغ الشهري

الإيجار أو قسط الرهن

خدمات

قسط (أقساط) السيارة

بطاقة (بطاقات) ائتمان

تأمين السيارة

نفقات طبية أخرى

نفقات أخرى

### الإجمالي

هل لديك أي فوائد طبية أخرى غير مدفوعة؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر المبلغ

ما الخدمة التي حصلت عليها؟

إذا كنت قد رتببت خطة للسداد، فما هي قيمة الدفعة الشهرية؟

إذا طلبت أن يقدم المستشفى مساعدة مالية إضافية، فقد يطلب المستشفى معلومات إضافية من أجل اتخاذ قرار إضافي تكميلي. بالتوقيع على هذا النموذج، فإنك تقر بأن المعلومات المُقدّمة صحيحة وتوافق على إخطار المستشفى بأي تغييرات تطرأ على المعلومات المُقدّمة في غضون عشرة أيام من التغيير.

توقيع مقدم الطلب

صلة القرابة بالمريض

التاريخ