

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____

اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ الحروف الأولى من الاسم الأوسط _____

العنوان _____ الرقم والشمار، ورقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ المنطقة البريدية _____

رقم الهاتف () _____ الوظيفة _____ صاحب العمل _____

عنوان صاحب العمل _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

الدخل – أدرج مجموع الدخل الذي تحصل عليه أنت وزوجك/زوجتك وجميع أفراد الأسرة الآخرين من:

نوع الدخل	إجمالي الـ 3 أشهر الماضية	إجمالي الـ 12 شهرًا الماضية
الأجور		
عوائد الأعمال الحرة		
الدعم الحكومي		
الضمان الاجتماعي		
مخصصات البطالة/تعويضات العمال		
النفقة		
إعالة الطفل		
المعاشات		
الدخل من الأرباح		
المجموع		

يطلب المستشفى أن ترسل وثائق لإثبات الدخل الذي ذكرته أعلاه. قد تتضمن أمثلة الوثائق إيصال أجر، خطابًا من صاحب العمل إذا أمكن، استثمار 1040، وغيرها

حجم الأسرة – أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك:

الاسم	العمر	صلة القرابة

ملحوظة: يُرجى إرفاق ورقة أخرى إذا احتجت إلى مساحة إضافية.

يمكن تقديم هذا الطلب إلى المستشفى في أي وقت خلال عملية الفوترة والتحويل.

بمجرد أن ترسل طلبًا مكتملاً بالإضافة إلى الوثائق الداعمة لصحة البيانات إلى المستشفى على العنوان المذكور أدناه، يمكنك أن تتجاهل أي فواتير إلى أن يُصدر المستشفى قرارًا مكتوبًا فيما يتعلق بطلبك.

لإرسال طلب الحصول على المساعدة المالية، يُرجى قراءة الإقرار التالي، والتوقيع في المكان المشار إليه أدناه.

أطلب بموجب هذا أن يقوم مستشفى Gracie Square بالفصل كتابيًا في أهليتي لتلقي المساعدة المالية. وأتفهم أن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بدخلي السنوي وعدد أفراد أسرتي تكون خاضعة للتحقق من صحتها من جانب المستشفى. وأتفهم أيضًا أنه إذا تبين أن المعلومات التي أقدمها مزورة، فإن مثل هذا الأمر سيتسبب في رفض تقديم المساعدة المالية لي وأني قد أتحمّل مسؤولية تكاليف الخدمات المقدمة. وأؤكد أن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأضيف أني بموجب هذا أُمْنَح الإذن لمستشفى Gracie Square للتحقق من أي معلومة تتعلق بهذا الطلب.

التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب _____ رقم الحساب _____

يتم إرسال الطلب المكتمل إلى العنوان التالي:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: George Plunkett
أو بالفاكس على الرقم: (516) 801-8504