



# Ascension

## نموذج طلب المساعدة المالية الثانوي\*

\* يجب استخدام هذا النموذج فقط بعد أن يكمل المريض نموذج طلب المساعدة المالية، وفقط بعد أن يتقرر أن دخل المريض يساوي أو يزيد عن 201% من مستوى الفقر الفيدرالي.

**يسرى ذلك على مستشفى Ascension St. Joseph's و Standish فقط!**

### معلومات المريض

(يرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "لا ينطبق" إذا كان الخيار لا ينطبق على أي سطر فردي في الطلب)

التاريخ \_\_\_\_\_ رقم الحساب \_\_\_\_\_  
الاسم (الأول والعائلة) \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي (لأغراض الفترة وتحديد الهوية فقط) \_\_\_\_\_  
صاحب العمل \_\_\_\_\_ حالة التوظيف \_\_\_\_\_  
عدد ساعات العمل في الأسبوع \_\_\_\_\_ رقم هاتف صاحب العمل \_\_\_\_\_

### الأصول

النقد / التوفيرات / الحسابات الجارية بالدولار \_\_\_\_\_  
الأسهم / السندات / الاستثمارات / شهادة (شهادات) الإيداع بالدولار \_\_\_\_\_  
العقارات / الأخرى / المساكن الثانوية بالدولار \_\_\_\_\_  
المراكب / الدراجات النارية / المركبات الترفيهية بالدولار \_\_\_\_\_  
المركبات التي يقوم الهواة بتجميعها / المركبات غير الأساسية \_\_\_\_\_  
الأصول الأخرى بالدولار \_\_\_\_\_