**يوحنا**



سان جون بروفيدنس

عريضة طلب المساعدة المالية

المستشفى:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الحساب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| معلومات المريض |

إسم المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تأريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الحالة الإجتماعية (ضع دائرة): أعزب/عزباء، متزوج/متزوجة، مطلق/مطلقة، أرمل/أرملة

الأرقام الأربعة الأخيرة لرقم الضمان الإجتماعي: \_\_\_\_\_\_\_\_ عنوان المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المدينة/الولاية/الرقم البريدي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف البديل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الزوج/الزوجة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم هاتف الزوج/الزوجة الرئيسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التأمين الطبي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عريضة طلب التأمين الصحي الطبي تحت الإجراء: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| قريب/معلومات اُخرى للأتصال وتأكيد الدعم المالي |

القريب/إسم الشخص للأتصال به: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ قرابته: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف البديل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| معلومات عن الوظيفة والدخل |

عدد المعالجين الخاضعين للضريبة: \_\_\_\_\_ إسم المُستخدِم للمريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تأريخ التوظيف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

متوسط ساعات العمل إسبوعيا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الأجر بالساعة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم مُستَخدِم زوج/زوجة المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تأريخ التوظيف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 متوسط ساعات العمل إسبوعيا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الأجر بالساعة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا كنت تملك عملاً تجاريا أو تعمل لحسابك الخاص صِف هذا العمل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

قد يُرفض طلب المرضى غير المؤمن عليهم صحياً من المساعدة الخيرية إذا تقرر بأنهم غير متعاونين ويحاولون الحصول على التأمين أو أهلية التغطية الصحية من خلال برامج اُخرى (كالميديكيد على سبيل المثال).