

## طلب المساعدة المالية

أفهم أن المعلومات المقدمة بخصوص دخلي السنوي وعدد أفراد الأسرة وأصولها تخضع للتحقق من جانب مستشفى Pine Rest Christian Mental Health Services لخدمات الصحة النفسية. كما أدرك أنه إذا ثبت أن المعلومات المقدمة خاطئة، فإن هذا الطلب سيُرفض وسأصبح مسؤولاً عن سداد أي رصيد مدين مستحق في حسابي.

القسم الأول: بيانات المريض (يرجى الكتابة بحروف واضحة)							
رقم الحساب		تاريخ (تواريخ) الخدمة		رقم الضمان الاجتماعي			
اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير)				تاريخ الميلاد			
العنوان		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
هاتف المنزل ( )		الهاتف المحمول ( )		هاتف آخر ( )		المقاطعة	
الحالة الاجتماعية		هل أنت مقيم بصفة قانونية في الولايات المتحدة؟		هل كان لديك تأمين صحي أو أي تغطية تأمينية أخرى في وقت تقديم الخدمة إليك؟		نعم لا	
هل تقدم إقراراً ضريبياً فيدرالياً؟		من هو مقدم الطلب الرئيسي؟		هل يتلقى أي شخص في المنزل مساعدة عامة؟		نعم لا	
إذا كانت الإجابة لا، فلماذا؟		الشخص نفسه		زوج		شخص آخر: _____	
القسم الثاني: بيانات الضامن/الطرف المسؤول							
الضامن/الطرف المسؤول: الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)				تاريخ الميلاد		رقم الضمان الاجتماعي	
العنوان		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
الهاتف المحمول ( )		هاتف آخر ( )		المقاطعة		العلاقة بالمريض	
القسم الثالث: بيانات الأسرة (اذكر جميع أفراد الأسرة الذين يعيشون معك في منزل واحد)							
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	هل هذا الشخص مدرج في إقرار الضريبة الفيدرالية التابع لك؟	الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	هل هذا الشخص مدرج في إقرار الضريبة الفيدرالية التابع لك؟
1.			نعم لا	4.			نعم لا
2.			نعم لا	5.			نعم لا
3.			نعم لا	6.			نعم لا
يمكن استكمال ذكر بيانات أفراد الأسرة على ورقة إضافية.							

القسم الرابع: النفقات (اذكر النفقات الشهرية لجميع أفراد الأسرة)

المبلغ المدفوع للمنزل	المبلغ المدفوع للسيارة	التدفئة	الهاتف المحمول
الضرائب العقارية (في السنة)	تأمين السيارة	الكهرباء	مواد البقالة
الإيجار/إيجار قطعة الأرض	الوقود (المركبة)	الهاتف	رسوم التعليم
التأمين على المنزل/الإيجار	رعاية الأطفال/نفقة الأطفال	المياه/الصرف الصحي/جمع القمامة	غير ذلك:
التأمين الصحي/النفقات الصحية	التأمين على الحياة	خدمة الكابل/لاقط القنوات الفضائية/الإنترنت	غير ذلك:

القسم الخامس: الدخل (اذكر دخل جميع أفراد الأسرة)

مصدر الدخل الشهري	اسم صاحب الدخل	مصدر الدخل الشهري	إجمالي مبلغ الدخل الشهري الحالي	اسم صاحب الدخل	مصدر الدخل الشهري
أجور		أجور			أجور
العمل في مهنة حرة		العمل في مهنة حرة			العمل في مهنة حرة
نفقة الطفل/نفقة قانونية		نفقة الطفل/نفقة قانونية			نفقة الطفل/نفقة قانونية
ضمان اجتماعي		ضمان اجتماعي			ضمان اجتماعي
استثمارات		استثمارات			استثمارات
معاش/توزيعات أرباح		معاش/توزيعات أرباح			معاش/توزيعات أرباح
إكراميات/عمولة		إكراميات/عمولة			إكراميات/عمولة
فائدة		فائدة			فائدة
دخل إيجار		دخل إيجار			دخل إيجار
دخل قبلي		دخل قبلي			دخل قبلي
إعانة بطالة		إعانة بطالة			إعانة بطالة
تعويض إصابة عمل		تعويض إصابة عمل			تعويض إصابة عمل
غير ذلك:		غير ذلك:			غير ذلك:

القسم السادس: أصول الأسرة (اذكر الأصول المملوكة لجميع أفراد الأسرة)

مصدر الأصل	اسم مالك الأصل	مصدر الأصل	القيمة الحالية للأصل	اسم مالك الأصل	مصدر الأصل
حساب جار		قيمة العقار (المنزل)			حساب جار
حساب جار رقم 2		قيمة العقار رقم 2			حساب جار رقم 2
حساب توفير		قيمة المركبة (الأساسية)			حساب توفير
حساب توفير رقم 2		قيمة المركبة رقم 2			حساب توفير رقم 2
شهادات إيداع/سوق المال		دراجة نارية/مركبة لكل أنواع التضاريس/قارب/مقطورة			شهادات إيداع/سوق المال

		التأمين على الحياة (قيمة الاسترداد)			خطة 401K/خطة 403B حساب التقاعد الفردي/خطة التقاعد
		غير ذلك: _____			الأسهم/السندات/القسط السنوي
		غير ذلك: _____			حساب توفير صحي/حساب إنفاق مرن
<b>القسم السابع: التغطية التأمينية</b>					
	العلاقة بالمريض	اسم المشترك	رقم المجموعة	رقم تعريف العضو	التغطية الأساسية
المزايا (تستوفى بمعرفة فريق Pine Rest)					
	العلاقة بالمريض	اسم المشترك	رقم المجموعة	رقم تعريف العضو	التغطية الثانوية
المزايا (تستوفى بمعرفة فريق Pine Rest)					
<b>القسم الثامن: سبب الطلب (يرجى الكتابة بخط واضح)</b>					
سبب طلب المريض (إذا كانت هناك حاجة لمساحة فارغة إضافية، يمكن تقديم السبب في ورقة إضافية)					

بالتوقيع أدناه، أشهد بأن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيح.

توقيع الطرف المسؤول: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ: \_\_\_\_\_ على الرقم ( ) \_\_\_\_\_

**يُستوفى بمعرفة فريق Pine Rest لطلبات 501R الخاصة بالمساعدة المالية (FAP)**

توقيع الموظف القائم بالمراجعة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
توقيع مدير الإدارة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

حالة الموافقة: مقبول	مرفوض	في حال الموافقة، المبلغ/النسبة المئوية الممنوحة:	في حال الرفض، سبب الرفض:
تاريخ (تواريخ) السريان:	تاريخ الانتهاء/تاريخ التجديد المطلوب:		

يُستوفى بمعرفة فريق Pine Rest في حالة طلب صندوق مساعدة المريض (PAF)

توقيع الموظف القائم بالمراجعة:

التاريخ:

توقيع مدير الإدارة:

التاريخ:

حالة الموافقة: مقبول مرفوض	في حال الموافقة، يُرجى النظر أدناه لمعرفة تفاصيل المساعدة الممنوحة الإجمالية. ملاحظات المساعدة الممنوحة:	في حال الرفض، سبب الرفض:
إقامة المريض بالقسم الداخلي		
الإقامات اللاحقة:		
مواعيد PPG:		
العلاج بالصدمة الكهربائية/العلاج بالتحفيز المغناطيسي للدماغ:		
مواعيد PCC:		
الإقامة لعلاج السموم:		
السكن:		
تاريخ (تواريخ) السرمان:	تاريخ الانتهاء/تاريخ التجديد المطلوب:	