

## طلب التقديم للحصول على الإعانة المالية الخاص بمستشفى NORTON HEALTHCARE

رقم الحساب: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي / تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

البريد

الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

الولاية: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_

لا نعم

هل المريض مقيم شرعي بالولايات المتحدة؟

لا نعم

هل المريض مواطن أمريكي؟

الهاتف: \_\_\_\_\_

جهة عمل المريض (إذا كان المريض قاصرًا، فاذكر معلومات الأم):

جهة عمل الزوج/الزوجة (إذا كان المريض قاصرًا، فاذكر معلومات الأب):

الهاتف: \_\_\_\_\_

إذا كان لديك تأمين صحي، يُرجى توفير:

اسم الشركة: \_\_\_\_\_

هاتف الشركة: \_\_\_\_\_

رقم البوليصا: \_\_\_\_\_

حامل البوليصا: \_\_\_\_\_

هل كانت هذه الإقامة بالمستشفى بسبب حادث سيارة؟

لا نعم

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الحادث: \_\_\_\_\_

معلومات المحامي: \_\_\_\_\_

هل يتعلق الحساب بتعويضات العمال؟

لا نعم

لا نعم

تاريخ الإصابة: \_\_\_\_\_

معلومات المحامي: \_\_\_\_\_

اذكر أسماء أفراد أسرة المريض وأعمارهم وعلاقتهم به:  
الاسم

علاقته بالمريض

تاريخ الميلاد

علاقته بالمريض	تاريخ الميلاد	الاسم
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يرجى الكتابة على ظهر هذه الصفحة)

الدخل (شهريًا):

إجمالي دخل المريض (إذا كان المريض قاصرًا، فاذكر إجمالي الدخل الشهري للأم): دولار \_\_\_\_\_

إجمالي دخل الزوج/الزوجة (إذا كان المريض قاصرًا، فاذكر إجمالي الدخل الشهري للأب): دولار \_\_\_\_\_

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، من الذي يدفع مقابل نفقاتك؟

مصادر الدخل الأخرى (شهريًا):

برنامج كينناكي للإعانة الانتقالية (K-TAP): دولار \_\_\_\_\_ معاش البطالة: دولار \_\_\_\_\_

إعالة الطفل / النفقة: دولار \_\_\_\_\_ قسائم الطعام: دولار \_\_\_\_\_

الضمان الاجتماعي: دولار \_\_\_\_\_ المعاش: دولار \_\_\_\_\_

دخل الضمان التكميلي / دخل ذوي الإعاقة: دولار \_\_\_\_\_ مصادر دخل أخرى: دولار \_\_\_\_\_

مجموع إجمالي الدخل الشهري لوحة الأسرة: دولار \_\_\_\_\_

نفقات الأسرة (شهريًا):

الإيجار / الرهن العقاري: دولار \_\_\_\_\_ الطعام والمؤن: دولار \_\_\_\_\_

الهاتف: دولار \_\_\_\_\_ المرافق: دولار \_\_\_\_\_

النفقات الأخرى: دولار \_\_\_\_\_ إجمالي النفقات الشهرية: دولار \_\_\_\_\_

