طلب المساعدة المالية

رقم حساب المريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم المريض\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ،\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم العائلة الاسم الأول الأحرف الأولى للاسم الأوسط الشهر اليوم العام

العنوان\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الهاتف:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الرقم، والشارع والشقة رقم المدينة الولاية الرمز البريدي

اسم صاحب العمل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ عنوان صاحب العمل:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الوظيفة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الدخل: اذكر مصادر الدخل الإجمالي لك ولزوجتك وجميع أفراد الأسرة الآخرين من:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مصدر إجمالي الدخل الشهري | دخل المريض | دخل الزوج/الزوجة |
| أجر وظيفي/ عمل حر |  |  |
| تعويض البطالة |  |  |
| مزايا ضمان اجتماعي |  |  |
| معاش |  |  |
| تعويض الإعاقة/العمال |  |  |
| نفقة/إعالة طفل |  |  |
| أرباح/فوائد/إيجارات |  |  |
| جميع مصادر الدخل الاخرى |  |  |
| الإجمالي |  |  |

يشترط لتقديم المساعدة المالية أن تقدم إثبات للدخل/الموارد: على سبيل المثال: 1) قسائم راتب

2) المستندات الأخرى المطلوبة لإثبات دخل الأسرة

حجم الأسرة: \_\_\_\_\_\_\_ اذكر أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الاسم | العمر | الصلة |
| ١. |  |  |
| ٢. |  |  |
| ٣. |  |  |

\*ملاحظة: يرجى إرفاق ورقة أخرى، إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية

أنا أفهم بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات التي أقدمها بشأن الدخل الإجمالي وحجم الأسرة تخضع للتحقق من قبل المستشفى. كما أفهم أيضًا أنه إذا ثبت عدم صحة المعلومات التي قدمتها، فسيؤدي هذا القرار إلى رفض المساعدة المالية وسأكون مسؤولاً عن جميع رسوم الخدمات المقدمة. وفي حال إصدار موافقة تستند على نفس المعلومات، فسيتم إلغاء تقرير الأهلية وسأكون مسؤولاً عن جميع الرسوم لجميع الخدمات المقدمة.

أنا أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وكاملة وصحيحة على حد علمي. علاوة على ذلك، فإني بموجب هذه الوثيقة أمنح إذنًا للمركز الطبي لمستشفى بروكديل للتحقق من أي معلومات ذات صلة بهذا الطلب.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التاريخ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الاسم مكتوبًا بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب، فاتصل بالمكتب المالي على الرقم 5240 - 240 ( 718).

إذا كنت قد تلقيت فاتورة أو فواتير من المستشفى، فضع علامة هنا: \_\_\_\_ يمكنك تجاهل أي فواتير حتى تتخذ المستشفى قرارًا بشأن الطلب.

يرجى إرسال النموذج والمرفقات المكتملة إلى: مكتب التحقيقات المالية - الطابق الرابع - مبنى سنابر