

التاريخ:

السيد الفاضل،
تحية طيبة وبعد،

تجدون طيه "بيانا ماليا شخصيا" سيستخدم لتحديد إذا ما كنت مؤهلا للحصول على مساعدة مالية. وللتبّ في طلب الحصول على المساعدة، يجب إكمال النموذج بالكامل والتوقيع عليه وإرسال نسخ من البنود التالية خلال خمسة عشر (15) يوماً تقويمياً:

- جميع مصادر الدخل عن الأشهر الثلاثة الماضية.
- نسخ من آخر شيك راتب عن مدة ثلاثة أشهر لأفراد الأسرة المسؤولين. ويشمل ذلك مدفوعات الإعاقة.
- كشوف من جميع الحسابات البنكية وشهادات الإيداع والأسهم والسندات والعقارات وخطة التوفير للتقاعد (401(K)) وغيرها.
- أحدث نماذج ضرائب الدخل الولاية والفيدرالية بما في ذلك النموذج W2's واستثمارات الضرائب C و D و E و F. وإذا لم تُكمل نموذجاً ضريبياً، فسنحتاج إلى بيان من دائرة الإيرادات الداخلية يفيد بأنك لم تقدم نموذجاً ضريبياً. يمكنك الحصول على هذه المعلومات بالاتصال بدائرة الإيرادات الداخلية على 800 829 1040.
- إذا لم تكن تعمل، فإننا نقبل أيضاً بياناً من مكتب البطالة يفيد بأنك لا تعمل ويذكر مدة بطالتك.
- بطاقات التأمين الصحي

من المهم أن تُعيد جميع البنود المذكورة أعلاه، بما في ذلك بيان الوضع المالي الشخصي المكتمل والموقع. لا يمكن البت في طلبك بدون المعلومات الواردة أعلاه وستخضع لسياسة OrthoIndy Hospital المالية. توقيعك مطلوب للحصول على التقرير الانتمائي.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات اللازمة، فيرجى الاتصال بمدير الخدمات المالية للمرضى على 4225 317 773.

وتفضلوا بقبول خالص التحية والتقدير

الخدمات المالية للمرضى

رقم حساب المريض: إعادة بواسطة:

يجب إكمال بيان الوضع المالي الشخصي وإعادته في الطرف المعنون بعنوان المرسل خلال 10 أيام عمل. ويلزم إرفاق كشوف راتب حديثة (3 أشهر) و/أو إثبات الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى الإقرار الضريبي للسنة الحالية من أجل إثبات الدخل.

إذا لم يكن بيان الوضع المالي الشخصي مكتملاً و/أو لم يتم تقديم المعلومات المطلوبة، فلن يُنظر في المساعدة.

معلومات المريض

اسم المريض:

رقم الحساب:

اسم

رقم الهاتف:

الضامن:

رقم الضمان الاجتماعي: إيجار تملك

العنوان:

رقم الضمان الاجتماعي:

عدد المعالين:

الحالة

الاجتماعية:

المعال: السن:

السن:

المعال:

المعال: السن:

السن:

المعال:

المعال: السن:

السن:

المعال:

التوظيف

صاحب العمل الخاص بالضامن:

عدد سنوات التوظيف:

العنوان:

الراتب:

كل: أسبوع شهر عام

المسمى الوظيفي:

عدد سنوات التوظيف:

صاحب العمل الخاص بالضامن:

العنوان:

الراتب:

كل: أسبوع شهر عام

المسمى الوظيفي:

عدد سنوات التوظيف:

صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة:

العنوان:

الراتب:

كل: أسبوع شهر عام

المسمى الوظيفي:

الدخل الشهري الآخر (حدد ما ينطبق):

التقاعد:

دولار

دولار

دولار

إعالة الطفل:

دولار

دولار

دولار

استحقاقات وزارة شؤون المحاربين القدامى:

دولار

دولار

قسائم المعونات الغذائية: نعم لا

أخرى:

معلومات التأمين

هل لديك تأمين لدفع رسوم المستشفى؟ نعم لا

هل تقدمت بطلب للحصول على برنامج ميديكيد؟ نعم لا

الموافقة عليه؟ نعم لا تم الرفض

ORTHINDY

رقم الهاتف

رقم بوليصة التأمين:

تاريخ بدء السريان: / /

رقم بوليصة التأمين:

تاريخ بدء السريان: / /

(الإصدار 18/3) OIH 205

اسم الأخصائي الاجتماعي:

بيان الوضع المالي

اسم التأمين الأساسي:

اسم صاحب بوليصة التأمين:

اسم التأمين الثانوي:

اسم صاحب بوليصة التأمين:

إعادة بواسطة:

رقم حساب المريض:

الأصول

رقم الحساب الجاري:

البنك:

الرصيد:

العنوان:

رقم حساب الإيداع:

البنك:

الرصيد:

العنوان:

الأصول الأخرى

حدد ما ينطبق:

شهادات إيداع سندات إيداع أسهم صناديق ائتمانية أخرى

المؤسسة المالية:

إجمالي القيمة:

المؤسسة المالية:

إجمالي القيمة:

المؤسسة المالية:

إجمالي القيمة:

الملكية العقارية/المنزل

القيمة المقدرة للمنزل:

مبلغ الرهن:

(المبلغ الذي تتوقعه من بيع منزلك.)

أقر بموجبه أن إجابات الأسئلة المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

التوقيع:

التاريخ:

قد يتم إدراج معلومات وصفحات إضافية أدناه إذا لزم الأمر:

إذا كانت لديك أي أسئلة تتعلق بأي معلومات مطلوبة، فيرجى الاتصال على 317 773 4225.

أمنح بموجبه إذنًا لمستشفى OrthoIndy Hospital للحصول على تقرير ائتماني بشأنني أنا وزوجتي:

التوقيع:

التاريخ: