

التاريخ:

عزيزي:

تم إرفاق "بيان مالي شخصي" سيتم استخدامه لتحديد إذا ما كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية أم لا. لكي تتم معالجة طلب المساعدة الخاص بك، عليك تعبئة النموذج بالكامل وتوقيعه، وتقديم نسخ من العناصر التالية في غضون خمسة عشر (15) يومًا تقويميًا:

- جميع مصادر الدخل خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- نسخ من آخر كشوف رواتب لثلاثة أشهر لأفراد الأسرة المسؤولين. يشمل ذلك شيكات الإعاقة.
- كشوف من جميع الحسابات المصرفية، وشهادات الإيداع، والأسهم، والسندات، والعقارات، وخطط التقاعد 401(K)، وما إلى ذلك.
- أحدث نماذج لضريبة الدخل الفيدرالية وضريبة دخل الولاية، بما في ذلك نماذج W2 والجداول C و D و E و F. إذا لم تقم بتعبئة نموذج ضريبي، فنحن بحاجة إلى بيان من مصلحة الضرائب الأمريكية يوضح أنك لم تقدم نموذجًا ضريبيًا. يمكنك الحصول على هذه المعلومات عن طريق الاتصال بمصلحة الضرائب الأمريكية على الرقم 800.829.1040.
- إذا لم تكن موظفًا، فيمكننا أيضًا قبول بيان من مكتب البطالة يوضح أنك لا تعمل ومدة بقائك عاطلاً عن العمل.
- بطاقات التأمين الصحي

من المهم أن تقوم بإعادة جميع العناصر المذكورة أعلاه، بما في ذلك البيان المالي الشخصي المكتمل والموقع. لا يمكن معالجة طلبك بدون المعلومات المذكورة أعلاه، وستخضع للسياسة المالية لمستشفى OrthoIndy. يلزم توقيعك للحصول على التقرير الائتماني.

إذا كانت لديكم أي أسئلة أو واجهتم صعوبة في الحصول على المعلومات اللازمة، فيرجى الاتصال بمدير الخدمات المالية للمرضى على الرقم 317.773.4225.

أطيب التمنيات،
الخدمات المالية للمرضى

البيان المالي
المعلومات الشخصية

رقم حساب المريض: _____ تاريخ الإرجاع: _____

يجب استكمال البيان المالي الشخصي وإرجاعه في ظرف المعنونة ذاتيًا خلال مدة لا تتجاوز 10 أيام عمل. سيتعين عليك إرفاق كشف الرواتب لآخر ثلاثة أشهر و/أو إثبات الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى الإقرار الضريبي للسنة الحالية، وذلك للتحقق من الدخل.

إذا لم يُستكمل البيان المالي الشخصي، و/أو لم تُقدّم المعلومات المطلوبة، فلن يتم النظر في طلب المساعدة.

معلومات المريض

اسم المريض: _____ رقم الحساب: _____
 اسم الضامن: _____ رقم الهاتف: _____
 العنوان: _____ ☐ إيجار ☐ ملكية
 رقم الضمان الاجتماعي: _____ عدد المعالين: _____
 الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل
 المعال: _____ السن: _____ المعال: _____ السن: _____
 المعال: _____ السن: _____ المعال: _____ السن: _____
 المعال: _____ السن: _____ المعال: _____ السن: _____

الوظيفة

جهة عمل الضامن: _____ عدد سنوات العمل: _____
 العنوان: _____
 الراتب: _____ لكل: ☐ أسبوع ☐ شهر ☐ سنة المسمى الوظيفي: _____
 جهة عمل الضامن: _____ عدد سنوات العمل: _____
 العنوان: _____
 الراتب: _____ لكل: ☐ أسبوع ☐ شهر ☐ سنة المسمى الوظيفي: _____
 جهة عمل الزوج/الزوجة: _____ عدد سنوات العمل: _____
 العنوان: _____
 الراتب: _____ لكل: ☐ أسبوع ☐ شهر ☐ سنة المسمى الوظيفي: _____

دخل شهري آخر (ضع علامة أمام ما ينطبق):

☐ الضمان الاجتماعي: بالدولار ☐ التقاعد: بالدولار
☐ مساعدة الأطفال: بالدولار ☐ نفقة الأطفال: بالدولار
☐ إعانة البطالة: بالدولار ☐ مزايا شؤون المحاربين القدامى: بالدولار
☐ أخرى: _____ ☐ قسائم الطعام: ☐ نعم ☐ لا

معلومات التأمين

هل لديك تأمين لتغطية رسوم المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا
 هل تقدمت بطلب للحصول على برنامج ميديكيد للرعاية الصحية؟ ☐ نعم ☐ لا
 اسم المسؤول عن الحالة: _____ هل تمت الموافقة عليه؟ ☐ نعم ☐ لا
 اسم شركة التأمين الرئيسية: _____ تم الرضا ☐ لا
 اسم صاحب وثيقة التأمين: _____
 اسم شركة التأمين الثانوية: _____ رقم وثيقة التأمين: _____ تاريخ السريان: _____
 اسم صاحب وثيقة التأمين: _____ تاريخ السريان: _____

البيان المالي
الأصول

رقم حساب المريض: تاريخ الإرجاع:

الأصول

رقم الحساب الجاري: البنك: الرصيد:

العنوان:

رقم حساب التوفير: البنك: الرصيد:

العنوان:

أصول أخرى

ضع علامة أمام ما ينطبق: ☐ شهادات إيداع ☐ سندات ادخار ☐ أسهم ☐ صناديق استثمارية ☐ أخرى

المؤسسة المالية: القيمة الإجمالية:

المؤسسة المالية: القيمة الإجمالية:

المؤسسة المالية: القيمة الإجمالية:

العقارات/المنزل

القيمة التقديرية للمنزل: رصيد الرهن العقاري: (المبلغ المتوقع من بيع منزلك.)

أقر بموجب هذه الوثيقة بأن الإجابات المقدمة عن الأسئلة الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة حسب علمي.

التوقيع: التاريخ:

يمكن إدراج معلومات إضافية أدناه وفي صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص أي من المعلومات المطلوبة، يرجى الاتصال على الرقم 317.773.4225.

أمنح بموجب هذه الوثيقة مستشفى أورثوإندي الإذن في الحصول على تقرير ائتماني عني وعن زوجي/زوجتي:

التوقيع: التاريخ:

التوقيع وجميع المعلومات المطلوبة للمتابعة في عملية التقديم.