

Patient Account Number

طلب المساعدة المالية الخاص بمؤسسة
Baylor Scott & White Health

اسم المريض (اسم العائلة، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

رقم الضمان الاجتماعي

| | | | | |
|----------|---|---|--|---|
| المقاطعة | الرمز البريدي | الولاية | المدينة | عنوان إقامة المريض |
| | أعزب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> | متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> | الحالة الاجتماعية: | رقم الهاتف |
| | | | اسم الزوج/الزوجة | تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) |
| | | | موظف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | رقم الهاتف |
| | | | جهة عمل المريض | هل تُد مُد منشآت BSWH التي تلقت الخدمات بها هي الأقرب إلى محل إقامتك في منشآت الشبكة؟ |
| | | | رقم الهاتف | إذا كانت الإجابة "لا"، فهل كنت المنشآت الأقرب غير قادرة أو غير مستعدة على تقديم الرعاية لك؟ |
| | | | رقم الهاتف | |

في حالة عدم العمل، يرجى ذكر اسم صاحب العمل السابق ورقم هاتفه

| | |
|--|--|
| يرجى إكمال هذا القسم إذا كان المريض قاصراً فقط (إذا لم يكن كذلك فتركه فارغاً) | أ. الطفل: يرجى ذكر دخل كل شخص من الأشخاص التاليين في أسرته. |
| والد المريض | المريض |
| دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ | دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ |
| في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> | في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> |
| الدخل الإضافي: دولار _____ | الدخل الإضافي: دولار _____ |
| والدة المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ | الزوج/الزوجة |
| في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> | دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> - عدد الساعات/أسبوعياً = _____ |
| الدخل الإضافي: دولار _____ | في الساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> |
| إجمالي دخل الأسرة بالدولار: _____ | الدخل الإضافي: دولار _____ |
| | إجمالي دخل الأسرة بالدولار: _____ |

ب. **التحقق من الدخل:** يرجى تقديم إثبات لكل مصدر من مصادر دخل الأسرة (رأسل نسخاً من الوثائق فقط وليس النسخ الأصلية) (الوثائق التي يتم قبولها مدرجة أدناه). ضع علامة على الوثائق المرفقة:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> بيان التحويل الخاص بشيك الراتب | <input type="checkbox"/> إثبات من صاحب العمل |
| <input type="checkbox"/> نموذج W-2 الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) | <input type="checkbox"/> إقرار ضريبة الدخل |
| <input type="checkbox"/> كشوفات مصرفية | <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح أدناه) |

إذا لم تكن قادراً على تقديم مصادر إثبات الدخل المذكورة أعلاه، فيرجى توضيح سبب عدم توفر هذه المعلومات لديك:

| |
|--|
| ج. أفراد الأسرة: يرجى ذكر إجمالي عدد أفراد أسرة المريض. (ينبغي أن يشمل هذا العدد المريض وزوج/زوجة المريض ومن يعلمهم المريض فقط) |
|--|

| | |
|--|--|
| د. المصادر والمصارف الأخرى: | |
| هل لديك أي أصول أو موارد أخرى متاحة لك؟ (على سبيل المثال، حسابات ائتمان، ودائع، أسهم، صناديق استثمار، صناديق تقاعد، صناديق الاستثمار المشتركة وما إلى ذلك) | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل لديك تأمين صحي؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| هل لديك حساب مخزونات الصحة أو حساب إنفاق من؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |

أدرك أن مؤسسة Baylor Scott & White Health ("BSWH") قد تتحقق من صحة المعلومات المالية الواردة في طلب الحصول على المساعدات المالية هذا ("الطلب") فيما يخص تقييم مؤسسة BSWH لهذا الطلب، وأصرح، بموجب توقيع على هذه الوثيقة، لصاحب العمل الخاص بي وأي شخص تم ذكره في هذا الطلب بإثبات أو تقديم تفاصيل إضافية فيما يتعلق بالمعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأصرح أيضاً لمؤسسة BSWH بطلب تقارير من وكالات جمع المعلومات الائتمانية وإدارة الضمان الاجتماعي. أشهد أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي وتقديري، ومقدمة بحسن نية. أدرك أن تزوير أو تحريف المعلومات المذكورة في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض حصولي على المساعدات المالية.

أدرك كذلك أن بعض الأطباء ومقدمي الخدمات قد لا يكونون موظفين لدى مؤسسة BSWH. أدرك أنني قد أتلقى فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات هؤلاء وأن طلب الحصول على المساعدات المالية هذا لن ينطبق على الحسابات المستحقة تلك.

التاريخ

الاسم بأحرف واضحة

توقيع المريض أو الطرف المسؤول

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| For Hospital Use Only | | |
| <input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. | _____ | _____ |
| | Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative | Date |
| Notes Regarding Income Verification/Number in the Household: | | |
| <input type="checkbox"/> Patient is part of community care program | Program Name: _____ | First Statement Date: _____ |