SSMHealth Rehabilitation Network

نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض

اطبع اسمك بالكامل وعنوانك في الوقت الذي تلقيت فيه الخدمة الطبية والمعلومات الأخرى المذكورة في هذا القسم.

رقم الحساب _____ تاريخ (تواريخ) الخدمة _____

اسم المريض: _____

اسم العائلة — الاسم الأول — الحرف الأول للاسم الأوسط

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

الرقم والشارع

محل إقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الم الد: ___/___/___ الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق

رقم الهتا ف الرئيسي: (_____) _____ ☐ المنزل ☐ المحمول ☐ العمل ☐ آخر _____

عنوان البريد الإلكتروني :

التأمين الصحي وقت تقديم الخدمة: ☐ لا يوجد تأمين ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل الأسرة وأصولها

اذكر دخلك ودخل زوجتك/زوجك ودخل جميع أفراد الأسرة الآخرين (إن وجد).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهرًا قبل الخدمة
الأجور/ا لعمل الحر	دولار أمريكي	دولار أمريكي
الضمان الاج تماعي	دولار أمريكي	دولار أمريكي
المعاش التقاعدي، أرباح الأسهم، الفوائد، إيرادات الإ يجار	دولار أمريكي	دولار أمريكي
تعويضات العمال وتعويض البطالة	دولار أمريكي	دولار أمريكي
إعالة الأطفال ف)قط إذا كان المري ض هو المتلقي المقصود)	دولار أمريكي	دولار أمريكي
غير ذلك	دولار أمريكي	دولار أمريكي

إجمالي صافي الأصول (الأصول - الديون) حتى تاريخ تقديم الطلب: دولار أمريكي _____

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

اذكر ج ميع فأ راد الأسرةف ي منزلك وتاريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية لجم يع أفراد أسرتك المباشرين الذين يعيشون في منزلك. لأغراض برنامج HCAP، تُع ّرف الأسرة على أنها المريض وزوج المريض وجميع أطفال المريض الذين تقل أعما رهم عن 81 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان عمر المريض أقل من 81 عامًا، فيجب أن تشمل الأسرة المريض، والوالد الطبيعي للمريض أو الوالد بالتبني، وأطفال الوالد (الوالدان) الذين تقل أعما رهم عن 81 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيش ون في منزل المريض.

اسم فأ راد الأسرة، بما في ذلك المريض — ت اريخ ال ميلاد — صلة ال قربا ة بالمريض

1. المريض
2.
3.
4.
5.
6.

من خلال توقيعي أدناه، أقر بأن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيح.

توقي ع الطرف المسؤول: x _____ التاريخ: _____

من خلال توقيعي أدناه، أقر بأنني قمت بمراجعة هذا الطلب والموافقة عليه.

توقيع المدير التنفيذي للمستشفى x: _____ التاريخ: _____

Return your completed application to: SSM Rehabilitation Network
12380 DePaul Drive Bridgeton, MO 63044 (314)447-9700

Rev. 1/ 2021