

عزيزي المريض/الضامن،

نقوم حالياً بمراجعة حسابك. لمراجعة هذا الحساب للحصول على المساعدة المالية، نطلب المستندات التالية:

- أ. طلب تقييم مالي مكتمل.
- ب. نسخة من إقرارك الضريبي للعام الماضي وأحدث كشف حساب لجميع حساباتك الجارية وحسابات التوفير.
- ج. نسخة من أحدث كشوف رواتب لمدة أربعة أسابيع، وشيكات البطالة، وبيانات استحقاقات الضمان الاجتماعي، و/أو بيان معاش التقاعد/استحقاقات التقاعد للأسرة.
- د. خطاب دعم؛ إذا كنت تتلقى دعمًا ماليًا أو إسكانًا أو طعامًا/ملابسًا و/أو دعمًا آخر من العائلة أو الأصدقاء و/أو منظمة أخرى غير زوجتك.
- هـ. إذا كنت تتلقى إسكانًا مدعومًا من الحكومة أو برنامج SNAP (طوابع الطعام) أو كان لدى أي فرد من أفراد أسرته المباشرة SoonerCare/Medicaid، فيرجى تقديم دليل على هذه المستندات أيضًا.

هذه العناصر ضرورية لتوثيق حالتك المالية ولنتمكن من معالجة طلبك للمساعدة.

يرجى إعادة العناصر المطلوبة في أقرب وقت ممكن. يمكنك الاتصال على الرقم (918) 6500-494 إذا كانت لديك أي أسئلة. سيتم الاتصال بك إذا كانت هناك حاجة إلى أي معلومات إضافية وأيضًا لإبلاغك بالقرار المتخذ. شكرًا لك على اختيار Saint Francis Health System لتلبية احتياجاتك الصحية.

يرجع
إلى: الاستشارات المالية نظام سانت فرانسيس الصحي 6161 S Yale Ave
تولسا، موافق 74136

تحياتي
الخدمات المالية للمرضى في نظام سانت فرانسيس الصحي

تاريخ الميلاد	السن	اسم المريض بالكامل
السنة	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد الشهر	هل تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية نعم ☐ لا ☐
هل أنت مواطن من الولايات المتحدة	هل أنت مقيم في أوكلاهوما	هل أنت أو زوجك يعمل لحسابك الخاص
نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐
هل لديك تغطية تأمينية لطرف ثالث	إقرار ضريبة الدولة	هل أنت أو زوجك يعمل لحسابك الخاص
نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐

هل قمت بالتسجيل في برنامج التبادل؟

نعم ☐ لا ☐ - إذا كانت الإجابة لا، لماذا لا؟

معلومات الطرف المسؤول	زوج(ة) مقدم الطلب	مقدم الطلب
الاسم	الاسم	الاسم
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
الهاتف المحمول	الهاتف	الهاتف المحمول
()	()	()
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الضمان الاجتماعي	رقم الضمان الاجتماعي
المشغل	المشغل	المشغل
إذا كنت عاطلاً عن العمل، آخر تاريخ للعمل	إذا كنت عاطلاً عن العمل، آخر تاريخ للعمل	تاريخ آخر استلام للراتب
تاريخ آخر استلام للراتب	تاريخ آخر استلام للراتب	تاريخ آخر استلام للراتب

معلومات العائلة والمريض	افراد العائلة الذين يعيشون في المنزل
رقم الضمان الاجتماعي	الاسم
الرابط الأسري	السن
تاريخ الميلاد	تاريخ الميلاد

دخل الأسرة	المعاش التقاعدي	الضمان الاجتماعي	نفقة الزوج(ة)	الفائدة / الأرباح	الراتب / الأجور / الإكراميات
العمل الحر - إرفاق الجدول ج	تعويزات العمال	البطالة	الإعاقة		
المعاش التقاعدي	الضمان الاجتماعي	نفقة الزوج(ة)	الفائدة / الأرباح	الراتب / الأجور / الإكراميات	العمل الحر - إرفاق الجدول ج
العمل الحر - إرفاق الجدول ج	تعويزات العمال	البطالة	الإعاقة		

الموارد المالية	الحساب(ات) الجارية	حسابات التوفير	حساب التقاعد الفردي / 401 ك / 430 ب	كوبونات الطعام (قائمة بالمبلغ المستلم)	إسكان ذوي الدخل المنخفض
					نعم ☐ لا ☐ (بحاجة إلى خطاب تأهيل)
	الممتلكات (المنزل أو الممتلكات الشخصية بخلاف محل إقامتك) - الوصف والموقع	الحصول على تسوية منها هل هذه الخدمة الطبية / خدمة المستشفى نتيجة لقضية إصابة شخصية / حادث نتوقع			القيمة السوقية \$
		نعم ☐ لا ☐			إذا كانت الإجابة بنعم، المبلغ المتوقع \$

أقر بموجبه بأنني قرأت هذه الوثيقة. وقد تم تقديمها في شكل مطبوع أو تم شرحها لي بلغتي الأم وتم فهمها. وأشهد بأن جميع المعلومات المتعلقة بالدخل والأصول صحيحة. وأفهم أن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بدخلي وأصولي والتزاماتي وحجم أسرتي تخضع للتحقق. وأسمح بموجبه بإصدار أي معلومات ضرورية من الأفراد أو الجامعات أو الكليات أو الشركات أو المنظمات العامة أو الخاصة لتحديد أهليتي. وأقوم بنقل جميع حقوقي في المزايا والأموال والمبالغ المستحقة لي مقابل الاستشفاء أو المرض أو تغطية المسؤولية عن الحوادث إلى نظام Saint Francis Health System. وأفهم أن الفشل في الكشف عن المعلومات و/أو المدفوعات سيؤدي إلى رفض الطلب.

الساعة	التاريخ	المريض - التوقيع
الساعة	التاريخ	العلاقة مع المريض
		الشخص الذي يقوم بملء النموذج، إذا كان غير المريض - التوقيع

المرجع / الشاهد - التوقيع

تسمية المري

الساعة	التاريخ
--------	---------