

A المعلومات عن المريض :

تاريخ الولادة: _____ اسم المريض: _____

هوية الضامن: _____ الرقم الطبي: _____ رقم السوشال سيكيورتي: _____

B المسؤول عن دفع القوائم

اسم الشخص المسؤول: _____

العلاقة بالمريض: _____

العنوان: _____ الهاتف: _____

مقاطعة: _____ الرمز البريدي: _____ الولاية: _____ المدينة: _____

نصف دوام دوام كامل صاحب العمل: _____

C التأكيد عن من يستحق التأمين الصحي

1. هل قدمت طلب أو تم رفضك لميديكيد أو ميديكير		3. هل يقدم صاحب العمل أو صاحب العمل للزوج \الزوجة تأمين صحي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
1A. ميديكير الجزء الألف	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	4A. هل حصلت على تأمين صحي خلال آخر 3 أو 6 أشهر عن طريق العمل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
1B. ميديكير الجزء الباء	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا نعم, هل نظام الكوبرا موجود؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
1C. ميديكير الجزء ج	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
1D. ميديكيد	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
إذا تم رفضك لميديكيد, هل كان الرفض خلال آخر 90 يوم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
2. هل تقدم طلب للحصول على مساعدات مالية للخدمات المتعلقة:		5. لديك أي تأمين صحي آخر؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
2A. (MVA) حادث سيارة	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا نعم, الرجاء تقديم معلومات عن التأمين الصحي	
2B. تأثير جريمة	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	6. هل انت مقيم دائم وتساكن في منطقة نظام سبارو للصحة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
2C. تعويضات العمال	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
2D. (مثلا انزلاق وسقوط. e.g.) إصابة اخرى	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		

D الاسرة و من يعمل خارج المنزل

ما هو عدد الأشخاص في المنزل؟ _____

اذكر اسم أي شخص في المنزل الذي يحصل على معاش:

اسم الشخص	العلاقة بمن يقدم على طلب المساعدة	الدخل الإجمالي الشهري (قبل الخصومات)
		\$
		\$
		\$
الدخل الإجمالي الشهري بكامله		\$

E

دخل الاسرة (من غير العمل)

مصادر الدخل	المبلغ الشهري
نفقة الزوجة / مساعدة الطفل	\$
دخل من الكنيسة, رعاية التبني, الخ...	\$
راتب التقاعد, ضمان الاجتماعي,	\$
دخل من الايجار	\$
دخل سنوي, فائدة, تقاعد	\$
راتب البطالة, تعويض العامل	\$
مصادر أخرى (رجاء حدد المصادر)	\$
مجموع الدخل من مصادر اخرى	\$

F

ممتلكات الاسرة

النوع	مبلغ
النقدي	\$
حساب التوفير	\$
حساب جار	\$
الاسهم	\$
ادخار	\$
سندات الادخار	\$
شهادات التوفير (السي دي)	\$
حسابات سوق المال	\$
صناديق الاستثمار	\$
حسابات الوراثة	\$
مصادر أخرى (رجاء حدد المصادر)	\$
مجموع الدخل من مصادر اخرى	\$

G

مصاريف الشهرية للمنزل

مصادر اخرى	المبلغ الشهري
الايجار	\$
الرهن	\$
مساعدة الطفل	\$
مصاريف الطعام	\$
دفعات العجلة	\$
الفواتير العامة	\$
مجموع مصادر الدخل الاخرى	\$

الموافقة

أوافق بموجب هذا إصدار المعلومات الواردة في هذا المستند إلى مؤسسة سبارو للصحة للقرار عن أهليتي للمساعدة المالية وفقاً لشروط وقيود مؤسسة سبارو للصحة. أسمح لسبارو أن تحقق المعلومات عند الضرورة , وهذا ممكن يشمل الحصول على تقرير مكتب الائتمان و التأكد من العمل و الدخل و الحصول على الوثائق المناسبة.

كل المعلومات و وثائق الدخل التي قدمتها حقيقية, مضبوطة و كاملة كما هو مبين. إذا تم تحديد أن هذه المعلومات او بعضها خاطئة أو غير صحيحة سوف تنعكس كل المساعدات المالية وأتحمل مسؤولية دفع كامل لأي وجميع الأرصدة المستحقة فوراً كما أوافق على قبل مسؤولية الدفع عن أي مبلغ مستحق بعد أي خصومات جزئية للمساعدة المالية.

التاريخ: _____: _____ التوقيع _____: العلاقة بالمريض _____: الاسم _____