



## كيفية استكمال استمارة الدعم المالي

وصف الحقول	التفصيل
اسم المريض	اسم المريض (بأحرف واضحة)
تاريخ الميلاد	تاريخ ميلاد المريض
العنوان	العنوان الحالي للمريض (بأحرف واضحة)
رقم السجل الطبي	للاستخدام الداخلي فقط
هل كان المريض مقيماً في أو هابو؟	أجب بـ نعم أو لا. تثبت إقامة الشخص إذا كان يعيش في أو هابو طواعية وقت تقديم الخدمة من المستشفى، ولم يكن يتلقى مساعدة عامة في ولاية أخرى ولم يكن قد قدم إلى أو هابو لسبب وحيد هو تلقي خدمات الرعاية الصحية.
هل كان لدى المريض تأمين طبي وقت الخدمة؟	أجب بـ نعم أو لا. إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق نسخة من بطاقتك التأمينية
هل كان المريض متلقياً لإعانات Medicaid وقت الخدمة؟	أجب بـ نعم أو لا. إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق نسخة من بطاقة Medicaid.
تاريخ الخدمة في المستشفى	تاريخ رؤية (أو تاريخ دخول) المريض في المستشفى
أفراد الأسرة	أدرج بالاسم أفراد العائلة المباشرة، بما في ذلك نفسك (المريض) وزوج المريض (سواء كان يعيش في المنزل أم لا) وأطفال المريض دون سن 18 سنة (سواء كانوا بيولوجيين أو بالتبني) ممن يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض قاصراً، يجب إدراج الوالدين البيولوجيين على الطلب (سواء كانوا يعيشان في المنزل أم لا).
تاريخ الميلاد	تاريخ ميلاد كل من الأفراد في المنزل.
العلاقة بالمريض	العلاقة بالمريض مثال: المريض (نفسه) أو الزوج أو الطفل (بيولوجي أو بالتبني) أو الوالد (إذا كان المريض قاصراً)
إجمالي الدخل المستلم خلال الأشهر الثلاث (3) السابقة على تاريخ الخدمة	أدخل مقدار الدخل الإجمالي الذي حصل عليه كل شخص خلال التسعين 90 يوماً السابقة على تاريخ الخدمة. إذا لم يكن هناك دخل تم استلامه خلال التسعين 90 يوماً السابقة، أدخل 0. مثال: تاريخ الخدمة 12/1/4 - مقدار الدخل الذي تم استلامه في الفترة من 12/1/1 وحتى 12/31/3
إجمالي الدخل المستلم خلال الأشهر الاثني عشر (12) شهراً السابقة على تاريخ الخدمة	أدخل مقدار الدخل الإجمالي الذي حصل عليه كل شخص خلال الاثني عشر 12 شهراً السابقة على تاريخ الخدمة. إذا لم يكن هناك دخل تم استلامه خلال الاثني عشر 12 شهراً السابقة، أدخل 0. مثال: تاريخ الخدمة 12/1/4 - مقدار الدخل الذي تم استلامه في الفترة من 11/1/4 وحتى 12/31/3
مصدر الدخل	أدرج اسم صاحب العمل أو أي مصدر للدخل لهذا الشخص. سوف يشمل هذا إعانات البطالة والضمان الاجتماعي و VA والمعاشات، إلخ.
تاريخ البدء / التوظيف	أدرج تاريخ البدء / التوظيف في هذا العمل، أو تاريخ بدء الإعانات، كما هو الحال مع إعانات البطالة والضمان الاجتماعي والتقاعد، إلخ.
إذا أبلغت عن دخل بمقدار 0 دولار، يرجى تقديم شرح مختصر لكيفية المعيشة المالية.	اشرح وسائل الدعم خلال الـ 3 الـ والـ 12 شهراً السابقة على تاريخ الخدمة. إذا تلقيت دعماً من شخص ما، يرجى أن تطلب من ذلك الشخص خطاباً يبين المدة الزمنية الذي دعمك خلالها ونوع الدعم الذي قدمه (مثل الطعام، المأوى، إلخ). اطلب كذلك من ذلك الشخص التوقيع على الخطاب وتاريخه.
توقيع مقدم الطلب	يجب توقيع الطلب من قبل المريض أو زوجه أو والده (إذا كان المريض قاصراً) أو الممثل القانوني (يرجى إرفاق نسخة من الوكالة الرسمية).
التاريخ	يجب تأريخ الطلب بتاريخ استكماله.
العلاقة بالمريض	اذكر العلاقة بالشخص الذي يوقع الطلب (إذا لم يكن المريض).
رقم الهاتف	رقم هاتف المريض (بما في ذلك كود المنطقة)

يرجى إرفاق نسخ من إثباتات الدخل خلال الـ 3 والـ 12 شهراً السابقة على تاريخ الخدمة. (لا ترسل الأصول حيث لن يتم إرجاعها)

ملاحظة: تأكد من كتابة رقم حسابك أعلى جميع الأوراق المرسلة مع الطلب

لا يمكن توقيع الطلب وتأريخه قبل أكثر من 7 أيام من تاريخ تقديم الخدمة.