



يرجى إكمال هذا الطلب وتوقيعه وإعادته مع المستندات المطلوبة التالية:

- الدخل (بما في ذلك جميع المستندات التالية التي تتلقاها حالياً):
 - نسخة من آخر قسيمي دفع الراتب أو نسخة من نموذج W-2 من السنة الضريبية الحالية المقدمة، بما يتضمن المريض، وزوجته، و/أو ضامن المريض (الوالدان/ الأوصياء القانونيون للأطفال دون سن 18) الذين يعيشون في المنزل.
 - إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، نسخة من نموذج الضرائب الفيدرالية الحالي الخاص بك 1040.
 - توثيق الضمان الاجتماعي/ الإعاقة للضمان الاجتماعي أو أي دخل أسري إضافي آخر.
- نسخة من فاتورة الرهن العقاري/ الإيجار، أو نسخة من بيان ضريبة الأملاك إذا لم يعد المنزل مرهوناً.
- إذا تقدمت بطلب للحصول على مساعدة طبية، نسخة من خطاب الموافقة أو الرفض الخاص بك.

إذا لم تتمكن من توفير أي من المستندات المطلوبة أعلاه، يرجى إكمال نموذج FAF 116، الصفحة 3 أدناه.

معلومات المريض

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:	

الضامن (الوالد القانوني، أو الوصي، أو التوكيل) إذا كان المريض نفسه، فانقل إلى الجزء الثاني؛ وأكمل جميع الحقول.

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بالمريض:

الجزء الثاني (معلومات المريض/ الضامن)

عنوان الشارع:	الشقة:
المدينة:	الولاية:
هاتف المنزل: ()	الهاتف المحمول: ()
اسم وعنوان صاحب العمل:	الحالة الاجتماعية:
الدخل الإجمالي الشهري: \$	صافي الدخل الشهري: \$
المنصب/ المسمى الوظيفي:	مدة التوظيف الحالي:
هل أنت مقيم قانوني في الولايات المتحدة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الزوج

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
اسم/ عنوان صاحب العمل:	رقم الهاتف:	
المنصب/ المسمى الوظيفي:	فترة التوظيف:	
الدخل الإجمالي الشهري: \$	صافي الدخل الشهري: \$	

معلومات الأسرة (الاسم وتاريخ الميلاد لجميع أفراد الأسرة، باستثناء الذات أو الزوج)

الاسم:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بالمريض:
الاسم:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بالمريض:
الاسم:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بالمريض:
الاسم:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بالمريض:
الاسم:	تاريخ الميلاد:	العلاقة بالمريض:

دخل الأسرة الإضافي	
رصيد الحساب الجاري:	مبلغ البطالة الشهرية:
رصيد حساب التوفير:	مبلغ الضمان الاجتماعي الشهري:
المساعدة العامة/ قسائم الطعام:	مبلغ تعويض العمال الشهري:
مبلغ المعاش الشهري/ السنوي:	أي دخل آخر:

الرهن العقاري/ الإيجار (مطلوب نسخة من الرهن العقاري/ دفع الإيجار)	
الرهن العقاري/ دفع الإيجار:	

معلومات التأمين الصحي (مطلوب نسخة من الموافقة على المساعدة الطبية أو خطاب الرفض الذي تلقينته)	
اسم الشركة:	تاريخ السريان:
هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدة طبية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا متى:	
أين:	اسم مسؤول الحالة ورقم الهاتف:
النتيجة/ سبب الرفض:	

معلومات الإعاقة	
هل المريض معاق: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مدة الإعاقة:
اسم الطبيب:	رقم هاتف الطبيب:

مسؤوليات الطرف الثالث (حادث سيارة، أو تعويض العمال، أو إصابة جسدية، أو مطالبة قانونية أخرى)	
الإصابات/ المرض نتيجة حادث سيارة	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تاريخ الحادث:
هل وقعت الإصابات/ المرض في مكان عملك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تاريخ الحادث:
هل كانت الإصابات/ المرض نتيجة جريمة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تاريخ الحادث:
هل أدت الإصابات/ المرض إلى اتخاذ إجراءات قانونية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تاريخ الحادث:

مطالبات مسؤولية الطرف الثالث ليست مؤهلة للحصول على مساعدة مالية حتى يتم استنفاد جميع وسائل الدفع. إن عدم الكشف عن المعلومات المتعلقة بأي مطالبة بمسؤولية الطرف الثالث سيعتبر المريض غير مؤهل للحصول على مساعدة مالية.

أقر بأنني فحصت هذا الطلب، وأن جميع المعلومات الواردة فيه أو المقدمة إلى النظام الطبي UMMS وممارساته صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أن تحريف هذه المعلومات قد يؤدي إلى إلغاء أي مساعدة مالية قد يتم تقديمها لي وبالتالي ساكون مسؤولاً عن جميع الرسوم الطبية. وبالتوقيع على هذا الطلب وإرساله، فإنني امنح النظام الطبي UMMS وممارسات منشأته الإذن بتحديد حاجتي إلى المساعدة المالية؛ بما في ذلك مراجعة ملف الائتمان الخاص بي. كما إنني امنح النظام الطبي UMMS الإذن للإفصاح عن هذه المعلومات أو الكشف عنها إلى University Physicians Inc. بغرض تقييم وضعي المالي استجابة للمساعدة في دفع فواتير طبيي. أفهم أنني اتحمل مسؤولية إخطار النظام الطبي UMMS بأي تغييرات في الحالة فيما يتعلق بدخلي أو ممتلكاتي أثناء معالجة هذا الطلب.

توقيع المريض/ الضامن (مطلوب) _____ التاريخ _____

توقيع الزوج (مطلوب) _____ التاريخ _____

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة لاستكمال هذا الطلب، يرجى الاتصال بقسم المساعدة المالية، تحويلة 2003، من الاثنين إلى الجمعة، 821-4140 (410) 8:00 صباحاً - 4:30 مساءً.

يمكنك إرسال هذا الطلب بالبريد، أو في رسالة بريد إلكتروني، أو الفاكس مع المستندات المطلوبة إلى:
البريد:

UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031
CBOService@umm.edu
410-630-5341

البريد الإلكتروني:
الفاكس:

التحقق من بيان المعيشة، والبيانات المالية، والدخل

يجب إكمال هذا النموذج من قبل مقدم طلب الحصول على مساعدة مالية الذي:

- يتلقى المساعدة بالطعام و/أو المأوى
- يكون عاطل عن العمل حالياً
- لديه فواتير المستشفى بسبب الإصابات الناجمة عن حادث سيارة، أو تعويض العمال، أو إصابة شخصية، أو أي مطالبة أخرى تتعلق بمسؤولية الطرف الثالث

معلومات المريض:

الاسم: _____ التاريخ: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الهاتف المحمول: _____
تاريخ الميلاد: _____ توقيع المريض: _____

إذا كنت تتلقى مساعدة بالطعام والمأوى، أكمل ما يلي:

لقد تلقيت مساعدة من _____ ، الذي كان يساعدني بالطعام والمأوى. العلاقة بالمريض:

(حدد واحدة)

توفير مسكن وطعام مجاناً _____
لقد كنت أدفع _____ \$ شهرياً للمسكن والطعام
أخرى، يرجى التوضيح أدناه: _____

إذا كنت عاطلاً عن العمل ولا تحصل على دخل، أكمل ما يلي:

(حدد واحدة) أنا عاطل عن العمل منذ ____/____/____ وأتلقى المساعدة بالطعام والمأوى وفقاً لما هو مذكور أعلاه. الموعد

المتوقع للعودة إلى العمل؟
أنا عاطل عن العمل منذ ____/____/____ وأعيش على المدخرات أو الأصول النقدية الأخرى.
يرجى التوضيح بالتفصيل: _____

الموعد المتوقع للعودة إلى العمل؟

لماذا لا تحصل على دخل البطالة؟

(حدد واحدة) انتهت الأهلية - استنفد المريض جميع استحقاقات البطالة المؤهلة.

غير مؤهل، السبب: _____

إذا كان لديك مطالبة مسؤولية الطرف الثالث (حادث سيارة، تعويض العمال، إصابة شخصية) أكمل ما يلي:

المحامي: الاسم: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____

شركة التأمين: الاسم: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____

تاريخ التسوية المتوقع: ____/____/____