

طلب الحصول على مساعدة مالية

تاريخ اليوم ___/___/___	توقيت اليوم :	هل أنت مريض حالياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم إحالته من قبل:
----------------------------	------------------	---	-------------------

معلومات عنك

اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد ___/___/___
عنوان المنزل	المدينة	الدولة	الرمز البريدي
الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرملة <input type="checkbox"/> غير معروف	هاتف المنزل () -	رقم الضمان الاجتماعي
مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مقيم دائم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تعليق	

معلومات التوظيف

اسم صاحب العمل	هاتف العمل () -	الوظيفة
عنوان صاحب العمل	المدينة	الدولة
		الرمز البريدي

أفراد الأسرة

الاسم	العمر	العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة
		العلاقة

معلومات أخرى بشأن المساعدة

هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدة طبية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما التاريخ الذي تقدمت فيه؟ ___/___/___	إذا كانت الإجابة بنعم، فماذا كان القرار؟ <input type="checkbox"/> تمت الموافقة عليه <input type="checkbox"/> تم رفضه	تعليق
هل تتلقى أي نوع من المساعدة من الدولة أو الولاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هذا النوع؟		

معلومات المؤمن عليهم بدرجة غير كافية

هل تطلب المساعدة بسبب تغطية تأمينية غير كافية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

معلومات التأمين

شركة التأمين 1		شركة التأمين 2	
اسم التأمين	اسم التأمين	اسم التأمين	اسم التأمين
رقم بطاقة الهوية	رقم المجموعة	رقم بطاقة الهوية	رقم المجموعة
اسم المشترك		اسم المشترك	

الامتداد	رقم هاتف التأمين () -	الامتداد	رقم هاتف التأمين () -
----------	---------------------------	----------	---------------------------

طلب الحصول على مساعدة مالية صفحة 2

قم ببرد مقدار دخلك الشهري وأصولك من جميع المصادر. قد يُطلب منك تقديم دليل على الدخل والأصول والنفقات. إذا لم يكن لديك دخل، فيرجى تقديم خطاب دعم من الشخص الذي يُوفّر لك السكن والوجبات.

أولاً. دخل الأسرة	المبلغ الشهري	ثانياً. الأصول السائلة	الرصيد الحالي
<input type="checkbox"/> العمالة	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حساب جارٍ	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> استحقاقات التقاعد/المعاش	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حساب توفير	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> استحقاقات الضمان الاجتماعي	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> الأسهم	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> استحقاقات المساعدة العامة	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> السندات	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> إعانات البطالة	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> شهادات الإيداع (CD)	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> استحقاقات المحاربين القدامى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> صناديق السوق النقدي	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> النفقة	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حسابات أخرى	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> دخل إيجار العقارات	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حسابات أخرى	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> استحقاقات التسوية	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حسابات أخرى	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> التعيين العسكري	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حسابات أخرى	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> مزرعة أو عمل ذاتي	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حسابات أخرى	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> مصدر دخل آخر	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> حسابات أخرى	بالدولار الأمريكي
	المبلغ الإجمالي	المبلغ الإجمالي	بالدولار الأمريكي

ثالثاً. أصول أخرى

قم ببرد مقدار دخلك الشهري من جميع المصادر. قد يُطلب منك تقديم دليل على الدخل والأصول والنفقات. إذا لم يكن لديك دخل، فقم بتقديم خطاب دعم من الشخص الذي يُوفّر لك السكن والوجبات.

القيمة التقريبية	رصيد القرض	المبلغ الإجمالي
<input type="checkbox"/> المنزل	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
<input type="checkbox"/> السيارة	السنة	طراز السيارة
<input type="checkbox"/> السيارة الإضافية	السنة	طراز السيارة
<input type="checkbox"/> السيارة الإضافية	السنة	طراز السيارة
<input type="checkbox"/> ملكية أخرى		نوع الملكية
	المبلغ الإجمالي	بالدولار الأمريكي

المبلغ	المبلغ	المبلغ	رابعاً. النفقات الشهرية
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> التأمين الصحي	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> الإيجار
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> التأمين الصحي (غير ذلك)	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> الرهن العقاري
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الطبية الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> الدفع للسيارة
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الطبية	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> الدفع للسيارة (مركبة أخرى)
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الطبية الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> الدفع للسيارة (مركبة أخرى)
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الطبية الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> التأمين على السيارة
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الطبية الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> بطاقة الائتمان (أخرى)
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> بطاقة الائتمان (أخرى)
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> بطاقة الائتمان (أخرى)
بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> النفقات الأخرى	بالدولار الأمريكي	<input type="checkbox"/> بطاقة الائتمان (أخرى)
بالدولار الأمريكي	المبلغ الإجمالي	بالدولار الأمريكي	المبلغ الإجمالي

تطبيق أمين السجل

هل لديك أي فواتير طبية أخرى غير مدفوعة؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فإي خدمة؟	الخدمة
هل رتبتم لخدمة دفع شهرية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فما الدفع الشهري؟	الدفع الشهري

إذا طلبت أن تقوم المستشفى أو الكيانات التابعة لها بتمديد المساعدة المالية الإضافية، فقد تطلب المستشفى أو الكيانات التابعة لها معلومات إضافية من أجل اتخاذ قرار إضافي. وبتوقيع هذا النموذج، فإنك تُقر بأن المعلومات المُقدّمة صحيحة وتوافق على إبلاغ المستشفى أو الكيانات التابعة لها بأي تغييرات على المعلومات خلال عشرة أيام من التغيير.

التاريخ

توقيع مُقدّم الطلب

العلاقة بالمريض

UM Capital Region Health

نموذج الإحالة للاستشارة المالية				
		الطبيب	/ /	تاريخ اليوم:
نوع التسجيل المطلوب:		رقم الحساب	معلومات الحساب	
<input type="checkbox"/> يوم واحد <input type="checkbox"/> بشكل متكرر		القسم	رقم السجل الطبي	
حدد عدد الزيارات:		تاريخ انتهاء العمل بالعيادة:	تواريخ العلاج المطلوبة	
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		عدد الزيارات: / /	تاريخ بدء العمل بالعيادة: / /	
تاريخ الميلاد		الاسم الأول	معلومات المريض	
() - ()			اسم العائلة	
الهاتف المسائي (من 5:00 م إلى 8:00 م)		الهاتف الصباحي (من 9:00 ص إلى 5:00 م)	الحالة الاجتماعية	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
() - ()		() - ()	التشخيص (لا يتوفر قبل الحالة)	
تشخيص/شكوى رئيسية				
معلومات صاحب العمل للمريض				
الهاتف الصباحي (من 9:00 ص إلى 5:00 م)		اسم صاحب العمل		
() - ()				
سطر العنوان 1 لصاحب العمل				
سطر العنوان 2 لصاحب العمل				
معلومات الإحالة		معلومات التأمين		
الإحالة		شركة التأمين		
أولوية الدخول		اسم التأمين		
<input type="checkbox"/> طوارئ <input type="checkbox"/> عاجل (مباشر) <input type="checkbox"/> اختياري		<input type="checkbox"/> الدفع الذاتي		
التاريخ	هل تم تقديم طلب الحصول على مساعدة مالية؟	رقم المجموعة	رقم بطاقة الهوية	
/ /	<input type="checkbox"/> نعم، <input type="checkbox"/> لا			
التاريخ	هل تم تقديم طلب الحصول على مساعدة طبية؟	اسم المشترك		
/ /	<input type="checkbox"/> نعم، <input type="checkbox"/> لا			
سبب الإحالة		الامتداد	رقم هاتف التأمين	
<input type="checkbox"/> مشكلة في الدفع المشترك، <input type="checkbox"/> مشكلة في التأمين المشترك، <input type="checkbox"/> مشكلة في الإيداع قبل الحالة (S/P)			() - ()	
تمت الإحالة من قبل		تم الترخيص من قبل	رقم الترخيص	
<input type="checkbox"/> مريض لم يحجز من قبل <input type="checkbox"/> أخرى				
القسم	هل تمت الإحالة بشكل داخلي من قبل PROVENA HEALTH؟	مبلغ تقدير قيمة الدفع الذاتي	هل تم تقدير قيمة الدفع الذاتي؟	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة "لا"، فمصدر الإحالة هو:		المبلغ	هل تم إجراء خصم؟	هل تم الدفع المشترك؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لاستخدام قسم FIC فقط:				
/ /	التاريخ الممنوح للمكتب:	تم الاعتماد من قبل:		
/ /	تاريخ الطلب:	سبب الإلغاء:		
التعليقات:				