

# فرم درخواست کمک مالی

## قسمت یک: اطلاعات بیمار

نام کامل، آدرس خود در زمان دریافت خدمات پزشکی و سایر اطلاعات ذکرشده در این بخش را وارد نمایید.

شماره حساب کاری \_\_\_\_\_ تاریخ(های) دریافت خدمات \_\_\_\_\_

نام بیمار: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ مخفف نام میانی \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ کانتی: \_\_\_\_\_ شماره خانه و خیابان \_\_\_\_\_

ایجاد محل سکونت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ وضعیت تأهل  مجرد  متأهل  طلاق گرفته

شماره تلفن اولیه: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ خانه  موبایل  محل کار  سایر: \_\_\_\_\_

آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

بیمه درمانی در زمان ارائه خدمت:  عدم بیمه  Medicare  Medicaid  سایر \_\_\_\_\_

## قسمت دو: درآمد و دارایی‌های خانواده

درآمد خود، همسران و سایر اعضای خانواده (در صورت وجود) را ارائه دهید.

منبع درآمد	مجموع 3 ماه قبل از دریافت خدمات	مجموع 12 ماه قبل از دریافت خدمات
دستمزدها/خوداشتغالی	دلار	دلار
تأمین اجتماعی	دلار	دلار
حقوق بازنشستگی، سود سهام، سود، درآمد حاصل از اجاره	دلار	دلار
بیکاری، غرامت مربوط به کارگران	دلار	دلار
حمایت از کودکان (فقط در صورتی که بیمار گیرنده مورد نظر باشد)	دلار	دلار
سایر	دلار	دلار

مجموع دارایی‌های خالص (دارایی‌ها - بدهی) از تاریخ درخواست: دلار \_\_\_\_\_

## قسمت سه: اطلاعات و درآمد خانواده

تمام اعضای خانواده موجود در خانوار خود و تاریخ تولد آنها را فهرست کنید.

لطفاً اطلاعات زیر را برای همه افراد درجه یک خانواده خود که در خانه شما زندگی می‌کنند ارائه دهید. خانواده در جهت اهداف HCAP به عنوان بیمار، همسر بیمار و همه فرزندان زیر 18 سال بیمار (طبیعی یا فرزندخوانده) که در خانه بیمار زندگی می‌کنند، تعریف می‌شود. اگر بیمار زیر 18 سال سن داشته باشد، خانواده عبارتند از بیمار، والدین طبیعی یا تعمیدی بیمار و والدین فرزندان زیر 18 سال (طبیعی یا فرزندخوانده) که در خانه بیمار زندگی می‌کنند.

نام اعضای خانواده، از جمله بیمار	تاریخ تولد	نسبت با بیمار
1. بیمار: _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

با امضای خود در زیر، گواهی می‌دهم که تمام آنچه در این درخواست و هر پیوستی بیان کرده‌ام درست است.

امضای طرف مسئول: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

با امضای خود در زیر، گواهی می‌دهم که این درخواست را بررسی و تأیید کرده‌ام.

امضای مدیرعامل بیمارستان: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_