

الاسم:	رقم الحساب:		
العنوان:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي (آخر 4 أرقام):		

معلومات عن الأسرة: يُرجى ذكر جميع أفراد الأسرة، بما في ذلك المريض والزوجة وأي أطفال بيولوجيين/متبنين قانونيًا تقل أعمارهم عن 18 عامًا

الاسم الأول والآخر	العلاقة بالمريض	العمر/تاريخ الميلاد	جميع الدخل الإجمالي خلال 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة	جميع الدخل الإجمالي خلال 12 شهرًا قبل تاريخ الخدمة
	الشخص نفسه			

إذا لم يكن لديك دخل، فكيف يتم دعمك؟

هل كان لديك تأمين صحي في تاريخ تقديم الخدمة؟ ☐ لا ☐ نعم (يُرجى تقديم نسخة من بطاقة التأمين مع الطلب)

هل يمتلك أي فرد من أفراد أسرتك حسابًا جاريًا أو حساب توفير؟ ☐ لا ☐ نعم (القيمة: _____)

هل يمتلك أي فرد من أفراد أسرتك أي أصول أخرى؟ ☐ لا ☐ نعم (النوع/القيمة: _____)

بالنسبة إلى الدخل/الأصول المذكورة أعلاه، يجب عليك تقديم ما يلي لكل فرد من أفراد الأسرة:

☐ بيانات التوظيف = كشوف رواتب توضح إجمالي الدخل لمدة 3 أو 12 شهرًا قبل تاريخ بدء الخدمة

☐ العمل الحر = إكمال نماذج الضرائب من آخر إقرار ضريبي، بما في ذلك الجدول C

☐ الضمان الاجتماعي/المعاش التقاعدي/الإعاقه = أحدث خطاب استحقاق

☐ غير ذلك = إثبات أي دخل آخر (إعانات البطالة، أرباح الأسهم، الفوائد، دخل الإيجار، إلخ)

☐ حساب جارٍ/حساب توفير = كشف حساب حديث لآخر 30 يومًا لكل حساب

بتوقيع هذه الوثيقة:

أؤكد أن جميع الإجابات الواردة في هذا الطلب صحيحة. وإذا كشفت مراجعة لاحقة أن أي معلومات مقدمة كانت احتيالية، فقد يتم التراجع عن قرار تقديم المساعدة المالية، وسيتم إصدار فاتورة إلى الطرف المسؤول. وأفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق والمراجعة من قبل الوكالات الفيدرالية و/أو الولاية وغيرها حسب الاقتضاء.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع الممثل المفوض: _____ التاريخ: _____