

## طلب مساعدة مالية

لمساعدتنا في تقييم أهليتك للحصول على مساعدة مالية، نوصي بالتواصل مع Family Health Coverage Program (برنامج التغطية الصحية العائلية) على رقم 267-426-0359 (اتصل مجاناً على رقم 1-800-974-2125) قبل تقديم هذا الطلب. وقد يؤثر عدم تقديم معلومات دقيقة وكاملة في هذا النموذج، أو عدم تقديم المستندات المطلوبة، على أهليتك للحصول على المساعدة المالية.

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
عنوان المريض: \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الدولة: \_\_\_\_\_ الرقم البريدي: \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ رقم الحساب: \_\_\_\_\_ تاريخ الخدمة: \_\_\_\_\_  
اسم الضامن: \_\_\_\_\_  
عنوان الضامن: \_\_\_\_\_  
رقم هاتف الضامن: \_\_\_\_\_  
عدد أفراد الأسرة في المنزل: \_\_\_\_\_ مدة الإقامة في العنوان الحالي: \_\_\_\_\_ سنوات \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_

## بيانات الدخل (شهرياً)

يُرجى تقديم البيانات التالية للبالغين المقيمين في منزلك. وأرفق أي صفحات إضافية، إن كان ذلك ضرورياً. وإذا وجدت أيًا من هذه البيانات غير متوفر، يُرجى كتابة "N/A".

1. الاسم: \_\_\_\_\_ صلة القرابة بالمريض: \_\_\_\_\_  
جهة العمل: \_\_\_\_\_ ساعات العمل الأسبوعية: \_\_\_\_\_  
عدد مرات تسلم الاستحقاقات المالية: \_\_\_\_\_ الأجر الشهري: \_\_\_\_\_  
الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ الإعاقة: \_\_\_\_\_  
الراتب التقاعدي: \_\_\_\_\_ نفقة إعالة الأطفال: \_\_\_\_\_  
النفقة الزوجية: \_\_\_\_\_ الإعانة الحكومية: \_\_\_\_\_  
البطالة: \_\_\_\_\_ أخرى: \_\_\_\_\_

2. الاسم: \_\_\_\_\_ صلة القرابة بالمريض: \_\_\_\_\_  
جهة العمل: \_\_\_\_\_ ساعات العمل الأسبوعية: \_\_\_\_\_  
عدد مرات تسلم الاستحقاقات المالية: \_\_\_\_\_ الأجر الشهري: \_\_\_\_\_  
الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ الإعاقة: \_\_\_\_\_  
الراتب التقاعدي: \_\_\_\_\_ نفقة إعالة الأطفال: \_\_\_\_\_  
النفقة الزوجية: \_\_\_\_\_ الإعانة الحكومية: \_\_\_\_\_  
البطالة: \_\_\_\_\_ أخرى: \_\_\_\_\_

إجمالي الدخل الشهري (إجمالي جميع مصادر الدخل الشهري المشار إليها أعلاه) بالدولار: \$ \_\_\_\_\_

## نفقات الأسرة (شهرياً)

يرجى ملء الفراغات التالية لإعلامنا بنفقات أسرته. وإذا كانت أيًا من هذه البيانات غير مطابقة، يُرجى كتابة "N/A".

رهن عقاري: \_\_\_\_\_ إيجار: \_\_\_\_\_ مرافق: \_\_\_\_\_  
مواد غذائية: \_\_\_\_\_ فواتير طبية: \_\_\_\_\_ التأمين (الصحي/على الحياة): \_\_\_\_\_  
بطاقة ائتمانية: \_\_\_\_\_ قسط السيارة: \_\_\_\_\_ تأمين السيارة: \_\_\_\_\_  
نفقات رعاية الأطفال/البالغين: \_\_\_\_\_

إجمالي النفقات الشهرية: (إجمالي جميع النفقات الشهرية المشار إليها أعلاه) بالدولار: \$ \_\_\_\_\_  
أحوال مالية أخرى (اختياري): \_\_\_\_\_

## الأصول المتاحة

يرجى ملء الفراغات التالية لإعلامنا بالأصول المتاحة لديك. وإذا كانت أيًا من هذه البيانات غير مطابقة، يُرجى كتابة "N/A".

اسم البنك/المؤسسة المالية: \_\_\_\_\_  
رصيد المدخرات الحالي: \_\_\_\_\_ رصيد الحساب الجاري في الوقت الحالي: \_\_\_\_\_  
الرصيد الحالي في أي حسابات أخرى نشطة: \_\_\_\_\_  
استثمارات (يرجى التوضيح): \_\_\_\_\_  
ممتلكات شخصية أخرى: \_\_\_\_\_  
إجمالي قيمة الأصول (إجمالي جميع بيانات الأصول المشار إليها أعلاه) بالدولار: \$ \_\_\_\_\_

## إقرار وتفويض للإفصاح عن البيانات

أقرّ بأن المعلومات الواردة في طلب المساعدة المالية هذا، بما في ذلك أي مرفقات، صحيحة ودقيقة على حد علمي. أقرّ أنني، بناءً على دخلي، وأصولي المتاحة، وأحوالي المالية الأخرى، لا أستطيع الوفاء بالتزامي المالي تجاه الخدمات المقدمة من The Children's Hospital of Philadelphia أو أحد فروعها. كما أدرك أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج خاضعة للفحص والتحقق. وأفهم أنه سيطلب مني تقديم إثبات لبيانات الدخل التي وضحتها في هذا النموذج، وأوافق على مساعدة مستشفى The Children's Hospital of Philadelphia للحصول على التحقق اللازم. وأفوض بموجب هذا المستند الإفصاح عن البيانات التي قدمتها إلى وكالات Medicaid (ميديكاد) ومؤسسات الرعاية التي تديرها Medicaid (ميديكاد) بالولاية. كما إنني أوافق على إخطار The Children's Hospital of Philadelphia على الفور إذا طرأ أي تغيير كبير على البيانات الواردة في هذا النموذج خلال العام المقبل.

التوقيع \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل \_\_\_\_\_  
صلة القرابة بالمريض \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
توقيع الضامن \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_