

الشخص المسؤول: _____ الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ الأحرف الأولى للاسم الأوسط.

اسم المريض: _____ (يُشترط تقديم طلب واحد لكل مريض) الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ الأحرف الأولى للاسم الأوسط.

تاريخ ميلاد المريض: _____ تاريخ تقديم خدمات المستشفى: _____ الشهر _____ اليوم _____ السنة _____ الشهر _____ اليوم _____ السنة _____

عنوان المريض في تاريخ الخدمة: _____

رقم الشقة _____ الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ المقاطعة _____

العنوان الحالي: _____ رقم الشقة _____ الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ المقاطعة _____

يُرجى إكمال ما يلي: إذا كان عمر المريض 18 عامًا فأكثر، فيجب على المريض إكمال هذا الطلب. يُرجى ذكر جميع أفراد الأسرة أدناه، بما في ذلك المريض ووالداه (بصرف النظر عما إذا كانوا يعيشون في المنزل) والأطفال (سواءً أكان البيولوجيون أو المتبنون) دون عمر 18 عامًا والذين يعيشون في المنزل مع المريض.

الاسم	صلة القرابة بالمريض	تاريخ الميلاد وعمر المريض (في وقت الخدمة)	مجموع الدخل الإجمالي خلال الـ 3 أشهر السابقة لتاريخ الخدمة	مجموع الدخل الإجمالي خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ الخدمة	مصدر الدخل: اسم جهة العمل (حدد إذا كنت طالبًا جامعيًا)
	المريض/الشخص نفسه				

*يمكن إضافة أفراد أسرة إضافيين على الجزء الخلفي من هذا الطلب.

1. إذا أفدت بعدم وجود دخل إجمالي، فكيف يتم دعمك؟

2. هل لدى المريض تأمين صحي أو مشمول ببرنامج ميديكيد في وقت تلقي خدمات المستشفى؟ نعم لا

اسم شركة (شركات) التأمين و/أو برنامج ميديكيد:

رقم هوية مشترك التأمين أو رقم مُعرّف برنامج ميديكيد:

يجب تقديم ما يثبت صحة المستندات:

- إثبات الإقامة في تاريخ الخدمة = فاتورة المرافق، أو فاتورة الهاتف أو خدمة التلفاز المدفوعة، أو إيصال الإيجار، أو فاتورة بطاقة الائتمان، أو بطاقة تسجيل الناخبين، أو نسخة من رخصة القيادة، أو بطاقة الهوية الشخصية الرسمية.
- العمل = دخل لمدة 3 أو 12 شهرًا، أو إقرار موقع شخصيًا إذا كانت الرواتب مدفوعة نقدًا.
- العمل الحر = استمارة الإقرار الضريبي 1040 (الصفحة الأولى) بما في ذلك الجدول C، وإقرار موقع شخصيًا يفيد الدخل.
- خطاب الاستفادة = الضمان الاجتماعي، أو البطالة، أو المحاربين القدماء، أو المعاشات التقاعدية، أو الإعاقة.
- آخر = دخل آخر مثل دخل الإيجار، وما إلى ذلك.

أشهد بموجب توقيعي أدناه أنني قرأت هذا الطلب بعناية وأن كل معلومة ذكرتها أو أيّ مستندات أرفقتها هي حقيقية وصحيحة بقدر معرفتي واعتقادي. وأنا أدرك أن تعمد تقديم معلومات كاذبة للحصول على مساعدة مالية هو أمر غير قانوني.

تاريخ الإكمال _____

توقيع الطرف المسؤول _____