

عزيزي المريض/الضامن،

نقوم حالياً بمراجعة حسابك. لمراجعة هذا الحساب للحصول على المساعدة المالية، نطلب المستندات التالية:

- أ. طلب تقييم مالي مكتمل.
- ب. نسخة من إقرارك الضريبي للعام الماضي وأحدث كشف حساب لجميع حساباتك الجارية وحسابات التوفير.
- ج. نسخة من أحدث كشوف رواتب لمدة أربعة أسابيع، وشيكات البطالة، وبيانات استحقاقات الضمان الاجتماعي، و/أو بيان معاش التقاعد/استحقاقات التقاعد للأسرة.
- د. خطاب دعم؛ إذا كنت تتلقى دعمًا ماليًا أو إسكانًا أو طعامًا/ملابسًا و/أو دعمًا آخر من العائلة أو الأصدقاء و/أو منظمة أخرى غير زوجتك.
- هـ. إذا كنت تتلقى إسكانًا مدعومًا من الحكومة أو برنامج SNAP (طوابع الطعام) أو كان لدى أي فرد من أفراد أسرتك المباشرة SoonerCare/Medicaid، فيرجى تقديم دليل على هذه المستندات أيضًا.

هذه العناصر ضرورية لتوثيق حالتك المالية ولنتمكن من معالجة طلبك للمساعدة.

يرجى إعادة العناصر المطلوبة في أقرب وقت ممكن. يمكنك الاتصال على الرقم (918) 6500-494 إذا كانت لديك أي أسئلة. سيتم الاتصال بك إذا كانت هناك حاجة إلى أي معلومات إضافية وأيضًا لإبلاغك بالقرار المتخذ. شكرًا لك على اختيار Saint Francis Health System لتلبية احتياجاتك الصحية.

يرجع  
إلى: الاستشارات المالية نظام سانت فرانسيس الصحي S Yale Ave 6161  
تولسا، موافق 74136

تحياتي  
الخدمات المالية للمرضى في نظام سانت فرانسيس الصحي

تاريخ الميلاد	السن	اسم المريض بالكامل	<input type="checkbox"/> نكر <input type="checkbox"/> أنتي
السنة	هل تقدمت بطلب للحصول على المساعدة الطبية	هل أنت مواطن من الولايات المتحدة	هل أنت مواطن من الولايات المتحدة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك تغطية تأمينية لطرف ثالث	إقرار ضريبة الدولة	هل أنت أو زوجك يعمل لحسابك الخاص	هل أنت أو زوجك يعمل لحسابك الخاص <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل قمت بالتسجيل في برنامج التبادل؟

نعم  لا - إذا كانت الإجابة لا، لماذا لا؟

معلومات الطرف المسؤول	مقدم الطلب		زوج(ة) مقدم الطلب		
	الاسم		الاسم		
	العنوان		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
	الهاتف المحمول ( )	الهاتف ( )	الهاتف ( )	الهاتف المحمول ( )	
	رقم الضمان الاجتماعي		رقم الضمان الاجتماعي		
	المشغل		المشغل		
	إذا كنت عاطلاً عن العمل، آخر تاريخ للعمل		إذا كنت عاطلاً عن العمل، آخر تاريخ للعمل		
	تاريخ آخر استلام للراتب		تاريخ آخر استلام للراتب		

معلومات العائلة والمريض	افراد العائلة الذين يعيشون في المنزل			
	الاسم	تاريخ الميلاد	السن	الرابط الأسري

دخل الأسرة	قائمة الاعاقة	المعاش التقاعدي	الضمان الاجتماعي	نفقة الزوج(ة)	الفائدة / الأرباح	الراتب / الأجر / الإكراميات	
		العمل الحر - إرفاق الجدول ج	تعويضات العمال	البطالة	الإعاقة		
	رجحة الزوج/الزوجة	المعاش التقاعدي	الضمان الاجتماعي	نفقة الزوج(ة)	الفائدة / الأرباح	الراتب / الأجر / الإكراميات	
		العمل الحر - إرفاق الجدول ج	تعويضات العمال	البطالة	الإعاقة		

الموارد المالية	الحساب(ات) الجارية	
	حسابات التوفير	
	حساب التقاعد الفردي / 401 ك / 430 ب	
	كربونات الطعام (قائمة بالمبلغ المستلم)	WIC <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (بحاجة إلى خطاب تأهيل)
القيمة السوقية \$	الممتلكات (المنزلة أو الممتلكات الشخصية بخلاف محل إقامتك) - الوصف والموقع	
إذا كانت الإجابة بنعم، المبلغ المتوقع \$	الحصول على تسوية منها هل هذه الخدمة الطبية / خدمة المستشفى نتيجة لقضية إصابة شخصية / حادث تنوقع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

أقر بموجبه بأنني قرأت هذه الوثيقة. وقد تم تقديمها في شكل مطبوع أو تم شرحها لي بلغتي الأم وتم فهمها. وأشهد بأن جميع المعلومات المتعلقة بالدخل والأصول صحيحة. وأفهم أن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بدخلي وأصولي والتزاماتي وحجم أسرتي تخضع للتحقق. وأسمح بموجبه بإصدار أي معلومات ضرورية من الأفراد أو الجامعات أو الكليات أو الشركات أو المنظمات العامة أو الخاصة لتحديد أهليتي. وأقوم بنقل جميع حقوقي في المزايا والأموال والمبالغ المستحقة لي مقابل الاستشفاء أو المرض أو تغطية المسؤولية عن الحوادث إلى نظام Saint Francis Health System. وأفهم أن الفشل في الكشف عن المعلومات و/أو المدفوعات سيؤدي إلى رفض الطلب.

الساعة	التاريخ	المريض - التوقيع
الساعة	التاريخ	العلاقة مع المريض

المرجع / الشاهد - التوقيع

تسمية المري

الساعة	التاريخ
--------	---------