

طلب المساعدة المالية

التعليمات: يرجى ملء جميع الفراغات التالية. في حالة وجود عنصر غير منطوق، يرجى كتابة غير متوفر. عليك إرفاق نسخ من المستندات التالية التي تنطبق على موقفك الحالي: 1. أحدث كعب (كعوب) شيك يعكس معلومات الدخل سنة حتى تاريخه: 2. أحدث إقرار ضريبية دخل، شامل جميع المرفقات؛ 3. شيك الضمان الاجتماعي أو خطاب الاستحقاق أو كشف حساب مصرفي، إذا كان إيداعاً مباشراً؛ 4. خطاب منحة البطالة؛ 5. البطاقة الذهبية لنظام هاريس الصحي. إذا كنت عاطلاً وتعتمد على الآخرين في الدخل والنفقات المعيشية، يرجى إرفاق خطاب الدعم ونسخة من الإقرار الضريبي، إذا كنت مدرجاً كمعول في الإقرار الضريبي. إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى مساعدة إضافية في تعبئة هذا الطلب، يرجى الإتصال ب s Office the Centralized Business (ذا سينتراليزد بزنس أوفيس) على الرقم 877-493-3228 يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 7 صباحاً وحتى 7 مساءً ويوم السبت من الساعة 8 صباحاً وحتى 12 ظهراً.

الرجاء القيام بتعبئة الطلب هذا وإرجاعه إلى عضو من فريق Patient Access (بيشنت أكسس) أو عن طريق الفاكس 667-5995 (832) أو عن طريق البريد إلى العنوان التالي: Houston Methodist; Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450

اسم المريض (يرجى طباعته)		آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي	
اسم الزوج أو الزوجة/الوالد أو الوالدة/ولي الأمر (يرجى طباعته)		رقم الضمان الاجتماعي	
عنوان المنزل			
رقم الهاتف	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	
الخدمة (الخدمات المطلوبة):			
رقم الحساب: تواريخ الخدمة:			
عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً المقيمين في المنزل: <u> </u>			
المرتبطون بعلاقة مباشرة			
أبناء الزوج أو الزوجة			
غير المرتبطين			
ولي أمر			
النفقات الشهرية	الإسكان:	المرافق:	السيارات:
مستأجر	الكهرباء	مملوكة/رقمه	
مملوك	المياه	مستأجرة/رقمها	
مدفوع	الغاز	القسط الشهري	دولار
القسط الشهري	دولار		
المريض		الزوج/الزوجة/آخر	
صاحب عمل		صاحب عمل	
موظف بدوام كامل		موظف بدوام كامل	
موظف بدوام جزئي		موظف بدوام جزئي	
عاطل/متقاعد/معوق		عاطل/متقاعد/معوق	
غير قادر على العودة إلى العمل		غير قادر على العودة إلى العمل	
ربة منزل		ربة منزل	

إجمالي دخل الأسرة* دولار/شهر (يرجى إرسال إثبات (إثباتات) الدخل مع الطلب)

*يشمل جميع الأجور والمزارع أو العمل الحر والمساعدة العامة والضمان الاجتماعي وتعويض البطالة/العمال والتقاعد ومخصصات إعانة العمال المضربين ونفقة الطفل ومخصصات العسكريين ومعاشات التقاعد والدخل من أرباح الأسهم والفائدة وتأجير الممتلكات العقارية ومصادر الدخل الأخرى المتنوعة.

الحسابات المصرفية/الأصول الأخرى:

حساب جارٍ	نعم	لا	الرصيد	دولار
حساب توفير	نعم	لا	الرصيد	دولار
الأسهم/السندات، وما إلى ذلك	نعم	لا	الرصيد	دولار
ممتلكات أخرى	نعم	لا	يرجى وصفها	

أقر أن المعلومات السابقة صحيحة ودقيقة إلى حد علمي. ومن المفهوم أن عدم تقديم جميع المعلومات المطلوبة أعلاه قد يعتبر عدم استحقاق لأي إعفاء مالي وفقاً للبرنامج علاوة على ذلك، إن أمكن، سأقدم بطلب للحصول على مساعدة حكومية وأتخذ الإجراء المناسب للحصول على هذه المساعدة وأخطر هيوستن ميثودست HM بنتيجة الطلب الذي قدمته. أقدم موافقتي (نقدم موافقتنا) إلى هيوستن ميثودست HM للحصول على معلومات من أي مصدر للتحقق من البيان (البيانات) الذي قدمته (الذي قدمناه).

(التاريخ)

(توقيع المريض/مقدم الطلب)