

نموذج (إستمارة) المساعدة المالية

تعليمات: عريضة كاملة، أعدّها في غضون 10 أيام، وإرفق معها نسخ من

- الإقرار الضريبي والجدول الداعمة
- فوائد الضمان الإجتماعي (إذا كان قابلاً للتطبيق)
- في صفحة منفصلة صِفْ حاجتك للحصول على المساعدة المالية
- النسخ المرفقة مع قاعدة الصكوك (آخر أحدث ثلاثة)
- بيانات البنك (3 أشهر لجميع الحسابات)
- بيانات دبلو-2 أو البطالة

تعليمات المريض
إسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____ العنوان _____ رقم الضمان الإجتماعي _____ رقم الهاتف _____
معلومات الطرف المسؤول
الإسم والعنوان _____ رقم الضمان الإجتماعي _____ رقم الهاتف _____ إسم صاحب العمل وعنوانه _____ المهنة _____ طول فترة العمل _____ الراتب الشهري _____ رقم رخصة قيادة السيارة _____ عدد المُعالين _____
معلومات الزوج/الزوجة
الإسم و العنوان _____ رقم الضمان الإجتماعي _____ رقم الهاتف _____ إسم صاحب العمل وعنوانه _____ المهنة _____ رقم الهاتف _____ طول فترة العمل _____ الراتب الشهري _____ عدد المُعالين _____

مجموعة عائلية تعيش في منزل
المُعالين (استعمل صفحة منفصلة إذا كان عددهم أكثر من خمسة)

الإسم _____ الصلة (القرابة) _____ العمر _____

الإسم _____ الصلة (القرابة) _____ العمر _____

الإسم _____ الصلة (القرابة) _____ العمر _____

الإسم _____ الصلة (القرابة) _____ العمر _____

الإسم _____ الصلة (القرابة) _____ العمر _____

معلومات عن التأمين الصحي				
شركة التأمين	العنوان	المشترك	تاريخ الإستحقاق (الأهلية)	البوليصة ورقم المجموعة

المُمتلكات (الإصول)/النفقات (المصاريف)			
الإقامة	الدفعة الشهرية	القيمة	المبلغ المتبقي
الرهن العقاري الشهري/ دفعة الإيجار	\$	\$	\$
المنزل الثاني/العطلة	\$	\$	\$
السيارة	السنة/الصنع	الدفعة الشهرية	المبلغ (المتبقي)
السيارة الأولى			
السيارة الثانية			

معلومات إضافية عن الدخل	
مجموع دخل الأسرة	\$ _____
إعانة الطفل	\$ _____
نفقة الزوجة الطلقة	\$ _____
تعويضات إصابة العمل	\$ _____
تعويضات البطالة	\$ _____
الضمان الإجتماعي/العجز	\$ _____
تاريخ تعويضات البطالة/المدة	\$ _____
الإيجار	\$ _____
عقد الإيجار	\$ _____
توزيع الأرباح/الفائدة	\$ _____
الصندوق الإئتماني	\$ _____
مساعدة الحكومة	\$ _____
التقاعد/المعاش	\$ _____
البنك (المصرف)	\$ _____
الموقع	\$ _____

أفهم بأنه يجب إكمال هذا النموذج (الإستمارة) وأن تُرفق معها جميع الوثائق المطلوبة عندما أعيدها *
ليكون بإمكان مستشفى ستريث تحديد ما إذا كنتُ مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية وإذا لم تُكْمَل
سأنتقى إشعاراً كتابياً يصف تلك المعلومات و/أو المستندات الإضافية المطلوبة

لقد قَدَمْتُ معلومات صحيحة ودقيقة وأوافق على أن يحقق مستشفى ستريث في هذه المعلومات ويحصل
على تقرير / تاريخ سجلي الإنتماني

التاريخ

توقيع مقدم الطلب