

الحالة الاجتماعية

اسم المريض

الهاتف

العنوان بالكامل

رقم (أرقام) الحساب

رقم الضمان الاجتماعي

تاريخ (تواريخ) الخدمة

• يجب أن تتقدم بالطلب في غضون 6 أشهر من تاريخ تلقي الخدمة أو تاريخ أول فاتورة للحصول على المساعدات المالية التي تقدمها مستشفى MCH

هل كنت تقيم بأوهايو وقت تلقيك الخدمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل كنت متلقياً نشطاً لمساعدات الإعاقة في تاريخ تلقيك الخدمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تقيم حالياً بأوهايو؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل كنت مؤهلاً للانضمام لبرنامج Medicaid أو برنامج Caresource لفائض الدخل أو خطة Molina للرعاية الصحية في تاريخ تلقيك الخدمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أنت تقيم بأوهايو من أجل تلقي الرعاية الصحية فقط؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل كان لديك أي تغطية تأمينية أخرى في تاريخ تلقيك الخدمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يتم أو سيتم ملاحقة/وضع المسؤولية على أي كيان آخر لدفع هذا الدين؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بذكره رقم جهة الاتصال	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	**إذا اخترت نعم لأي من الأسئلة أعلاه، يُرجى إرسال نسخ من بطاقات التأمين الخاصة بك أو أي دليل آخر على التغطية التي تحصل عليها حتى تتمكن من إرسال الفواتير إليها بالشكل المناسب.	

قم بإدراج فقط اسم زوجك/زوجتك وأبنائك البيولوجيين أو المتبنين الذين يقل عمرهم عن 18 عاماً ويعيشون داخل/خارج المنزل.

الاسم	العمر	يعيش داخل المنزل	صلة القرابة
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

إذا كان المريض قاصراً، يُرجى تقديم معلومات عن دخل كل من الأم والأب في مكان عمود "المريض" و"الزوج/الزوجة"

إجمالي الدخل (قبل خصم الضرائب)	المريض/الأم	الزوج/الزوجة/الأب
إجمالي الدخل قبل 3 أشهر من تاريخ تلقي الخدمة.	دولار	دولار
إجمالي الدخل قبل 12 شهراً من تاريخ تلقي الخدمة.	دولار	دولار
كم سيبلغ إجمالي الدخل المتوقع الخاص بك بنهاية هذا الشهر؟	دولار	دولار
قم بإدراج أي دخل شهري آخر ومصدر ذلك الدخل	دولار	دولار

إذا كان الدخل الذي قمت بالإبلاغ عنه يبلغ "0 دولار"، يُرجى تقديم بيان مختصر لتوضيح كيفية حصولك على نفقات المعيشة الطبيعية الخاصة بك.

النفقات	دولار	دولار
الإيجار/الرهن العقاري	دولار	دولار
الفواتير الطبية/الوصفات الطبية	دولار	دولار

الأصول	هل تملك محل سكن رئيسياً أو أي ملكية أخرى؟	هل لديك أي حساب/رصيد بالبنك؟
القيمة: دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
القيمة: دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

أشهد بأن المعلومات المقدمة أعلاه دقيقة وصحيحة على حد علمي وهي خاضعة لتأكيد Diley Ridge. أدرك أنه قد يُطلب مني إرفاق أدلة موثقة على الدخل و/أو الأصول مع استمارة الطلب هذه. ولأغراض تتعلق ببرنامج المساعدات بالمستشفى، أصرح لـ Diley Ridge بالوصول إلى تقرير (تقارير) مكتب الائتمان الخاص بي لتأكيد هذه المعلومات. أدرك أيضاً أنه في حالة اتخاذ قرار بأن المعلومات المقدمة خاطئة، فساكون وقتها مسؤولاً عن دفع نفقات الخدمات. يُرجى إرفاق خطاب لشرح أي ظروف استثنائية.

التاريخ

التوقيع