

# طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية الخاصة بنظام NORTON HEALTHCARE

رقم الحساب: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي

(Social Security number, SSN): \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

الولاية: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_

نعم لا

هل المريض مقيم شرعي بالولايات المتحدة؟

لا

نعم

هل المريض مواطن أمريكي؟

الهاتف: \_\_\_\_\_

جهة عمل المريض (إذا كان قاصرًا، معلومات ولي الأمر): \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

جهة عمل الزوج/الزوجة (إذا كان قاصرًا، معلومات ولي الأمر): \_\_\_\_\_

## إذا كان لديك تأمين صحي، يُرجى تقديم المعلومات التالية:

هاتف الشركة: \_\_\_\_\_

اسم الشركة: \_\_\_\_\_

حامل البوليصة: \_\_\_\_\_

رقم البوليصة: \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الحادث: \_\_\_\_\_

لا

نعم

هل كانت هذه الإقامة بالمستشفى بسبب حادث سيارة؟

معلومات المحامي: \_\_\_\_\_

تاريخ الإصابة: \_\_\_\_\_

لا

نعم

هل يتعلق الحساب بتعويضات العمال؟

معلومات المحامي: \_\_\_\_\_

اذكر أسماء أفراد أسرة المريض وأعمارهم وصلتهم به:

صلته بالمريض

تاريخ الميلاد

الاسم

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى الكتابة على ظهر هذه الصفحة)

الدخل (شهريًا):

الدخل الإجمالي للمريض (إذا كان المريض قاصرًا، الدخل الشهري للوالدة): \_\_\_\_\_ دولار

الدخل الإجمالي للزوج/الزوجة (إذا كان المريض قاصرًا، الدخل الشهري للوالد): \_\_\_\_\_ دولار

إذا لم يكن لديك أي مصدر للدخل، فمن الذي يسد نفقاتك؟

برنامج كنتاكي للإعانة الانتقالية (Kentucky Transitional Assistance Program, K-TAP): \_\_\_\_\_ دولار

مخصصات البطالة: \_\_\_\_\_ دولار

إعالة/نفقة الطفل: \_\_\_\_\_ دولار

قسائم الطعام: \_\_\_\_\_ دولار

الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ دولار

المعاش: \_\_\_\_\_ دولار

دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI): \_\_\_\_\_ دولار

مصادر دخل أخرى: \_\_\_\_\_ دولار

إجمالي الدخل الشهري: \_\_\_\_\_ دولار

النفقات (شهريًا):

الإيجار/الرهن العقاري: \_\_\_\_\_ دولار

الطعام والمؤن: \_\_\_\_\_ دولار

الهاتف: \_\_\_\_\_ دولار

المرافق: \_\_\_\_\_ دولار

النفقات الأخرى: \_\_\_\_\_ دولار

إجمالي النفقات الشهرية: \_\_\_\_\_ دولار

القيمة	المصرف	الموارد القابلة للعد:
		حساب جار:
		حساب ادخار:
		السوق النقدي:
		صناديق الاستثمار المشتركة:
	خطه 401k _____ خطه 403B _____	الأسهم:
	حساب التقاعد الشخصي (Individual Retirement Account, IRA)	السندات:
		الموارد الأخرى:

إجمالي الموارد: دولار

#### العقارات:

العقارات الأخرى:	المنزل:
اسم المرتهن	اسم المرتهن
القيمة الحالية	القيمة الحالية
قيمة الملكية الحالية (القيمة الحالية مطروح منها ما تدين به)	قيمة الملكية الحالية

#### هل لديك منازل أخرى؟

(إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر اسم المرتهن والعنوان والقيمة الحالية وقيمة الملكية الحالية)

#### تشهد هذه الوثيقة على أنني أطلب النظر في أمر حصولي على الإعانة المالية من نظام NORTON HEALTHCARE

أوافق أنا بموجب هذه الوثيقة بأن أقدم لنظام Norton Healthcare المعلومات الضرورية لتحديد أهليتي للحصول على الإعانة في سداد الفواتير الطبية الصادرة بناءً على الخدمات التي تلقيتها في المنشآت الخاصة به. وأنا أعي أن أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية قد يكون لديهم سياسات إعانة مالية يمكنها أن تساعدني في سداد الفواتير الطبية الصادرة من مقدمي الرعاية هؤلاء. على هذا النحو، أصرح لنظام Norton Healthcare بتقديم نسخة من طلبي لمقدمي الرعاية هؤلاء الذين يطلبونه للاستعانة به في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات بموجب برامج الإعانة المالية الخاصة بهم.

أقر أنا أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب هي معلومات دقيقة وصحيحة على حد علمي وتقديري. وأعي أنه إذا قدمت معلومات كاذبة أو حجت أي معلومات عند التقدم بطلب للحصول على الإعانة، فسأخضع لطلب سيواصل نظام Norton Healthcare تحصيل أي أرصدة مستحقة متأخرة. وفي هذه الحالة، قد أكون أيضاً عرضة للملاحقة الجنائية بتهمة الاحتيال. وأوافق على إخطار نظام Norton Healthcare بأي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج، بما في ذلك العنوان ورقم الهاتف والدخل.

التاريخ

توقيع الطرف المسؤول

يُرجى إعادة الطلب المكتمل مع نسخة من كشوفات الحساب المصرفية لجميع الحسابات الجارية وحسابات الادخار لـ 3 أشهر الأخيرة.

NORTON HEALTHCARE

SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7

PO BOX 719046

CHICAGO, IL 60677-7046

(502) 479-6300

(502) 629-8883

FAP@nortonhealthcare.org

www.nortonhealthcare.com/FAP

رقم هاتف خدمة العملاء:

رقم الفاكس الخاص بالإعانة المالية:

عنوان البريد الإلكتروني:

لمزيد من المعلومات، زر الموقع الإلكتروني:

أعد المعلومات إلى:

