

رقم الضمان الاجتماعي	اسم المريض (اسم العائلة، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان المريض
	<input type="checkbox"/> أرملم <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق	<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل	الحالة الاجتماعية:
	اسم الزوج/الزوجة		رقم الهاتف
	يعمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يعمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
	صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة		صاحب العمل الخاص بالمريض
	رقم الهاتف		رقم الهاتف

حسابات أسرتك الأخرى لدى Baylor Scott & White Health ذات الأرصدة غير المدفوعة (يُرجى ذكر اسم المريض وتاريخ ميلاده واسم المنشأة)

**\*\*في حالة عدم العمل، يرجى ذكر اسم صاحب العمل السابق ورقم هاتفه\*\***

أ. الدخل: يرجى ذكر دخل كل شخص من الأشخاص التاليين في أسرتك.	
<p>يرجى إكمال هذا القسم إذا كان المريض قاصرًا فقط (إذا لم يكن كذلك فتركه فارغًا)</p> <p>والد المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____          _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>	<p>المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____          _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>
<p>والدة المريض <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____          _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>	<p>الزوج <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي - عدد الساعات/الأسبوع = _____          _____ دولار <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> يوميًا</p> <p>الدخل الإضافي _____ دولار</p>
الدخل الإجمالي للأسرة _____ دولار	الدخل الإجمالي للأسرة _____ دولار

ب. التحقق من الدخل: يرجى تقديم إثبات (أرسل نسخًا من الوثائق فقط وليس المستندات الأصلية) لجميع مصادر دخل الأسرة (الوثائق التي يتم قبولها مدرجة أدناه). ضع علامة على الوثائق المرفقة:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> أوراق الحوالة النقدية الخاصة بالرواتب | <input type="checkbox"/> إثبات من صاحب العمل       | <input type="checkbox"/> استفسار الائتمان (يتم إكماله بواسطة BSWH)   |
| <input type="checkbox"/> نموذج مصلحة الضرائب W-2 (IRS)         | <input type="checkbox"/> إقرار ضريبي               | <input type="checkbox"/> المساعدات الحكومية (قسائم الطعام، Medicaid، CDIC، برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)) |
| <input type="checkbox"/> البيانات المصرفية                     | <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى تحديدها أدناه) | <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي أو تعويضات العاملين أو خطابات قرارات تعويضات البطالة                             |

إذا كنت غير قادر على تقديم إحدى وثائق إثبات مصادر الدخل المذكورة أعلاه، يرجى توضيح سبب عدم توافر هذه المعلومات:

\_\_\_\_\_

ج. أفراد الأسرة: يرجى ذكر إجمالي عدد أفراد أسرة المريض.  
(ينبغي أن يشمل هذا العدد المريض وزوج/زوجة المريض ومن يعولهم المريض فقط)

د. الأصول والمصادر الأخرى:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| هل لديك أي أصول أو موارد أخرى متاحة لك؟<br>(على سبيل المثال، حسابات ادخار، ودائع، أسهم، سندات، حسابات تقاعد، صناديق أموال مشتركة، وما إلى ذلك) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قيمة المبلغ الحالي المتاح: _____ دولار |
| هل لديك تأمين طبي؟   | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مقدم الخدمة: _____              |
| هل لديك حساب ادخار صحي أو حساب إنفاق مرن؟  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قيمة المبلغ الحالي المتاح: _____ دولار |

أدرك أن مؤسسة Baylor Scott & White Health (BSWH) قد تتحقق من صحة المعلومات المالية الواردة في طلب الحصول على المساعدات المالية هذا ("الطلب") فيما يخص تقييم مؤسسة BSWH لهذا الطلب، وأصرح، بموجب توقيع علي هذه الوثيقة، لصاحب العمل الخاص بي أو أي شخص تم ذكره في هذا الطلب بإثبات أو تقديم تفاصيل إضافية فيما يتعلق بالمعلومات المقدمة في هذا الطلب. وأصرح أيضًا لمؤسسة BSWH بطلب تقارير من وكالات جمع المعلومات الائتمانية وإدارة الضمان الاجتماعي. أشهد أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي واعتقادي، ومقدمة بحسن نية. أدرك أن تزوير أو تحريف المعلومات المذكورة في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض حصولي على المساعدات المالية.

أدرك كذلك أن بعض الأطباء ومقدمي الخدمات قد لا يكونون موظفين لدى مؤسسة BSWH. أدرك أنني قد أتلقى فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات هؤلاء وأن طلب الحصول على المساعدات المالية هذا لن ينطبق على الحسابات المستحقة تلك.

توقيع المريض أو الطرف المسؤول \_\_\_\_\_ الاسم بأحرف واضحة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

<b>For Hospital Use Only</b>	
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative _____
	Date _____
<b>Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:</b>	
_____	
_____	
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program	Program Name _____