

## UMASS MEMORIAL HEALTH

طلب التقدم الخاص ببرنامج المساعدات المالية  
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

صفحة 1 من 2

\_\_\_\_\_ - الموقع: UMass Memorial Medical Group UMass Memorial Health 

## 1. بيانات المريض

اكتب الاسم بالكامل بحروف واضحة والعنوان ومعلومات الاتصال للشخص الذي يطلب المساعدة.

الاسم:

الأحرف الأولى من الاسم الأوسط

الاسم الأول

اسم العائلة

العنوان:

المقاطعة:

المدينة:

الرقم والشارع

الولاية:

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

الحالة الاجتماعية:  أعزب  متزوج  مطلق

## 2. أفراد العائلة

اذكر جميع أفراد العائلة في أسرتك.

يرجى تقديم جميع المعلومات التالية عن جميع الأشخاص في أسرتك الذين يقيمون في منزلك. تعرف الأسرة بأنها المريض وزوج/زوجة المريض وجميع أطفال المريض أقل من 18 عاماً (الطبيعين أو بالتبني) الذين يقيمون في منزل المريض. إذا كان المريض أقل من 18 عاماً، سوف تتضمن الأسرة المريض ووالد (والد) المريض الطبيعي أو بالتبني وأطفال الوالد (والد) (الطبيعين أو بالتبني) الذين يقيمون في منزل المريض.

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

الصلة

تاريخ الميلاد

أسماء أفراد الأسرة

.1

.2

.3

.4

.5

.6

## 3. الأجر

يرجى تقديم وثائق بجميع الأجر المذكورة.

ما معدل تلقيه؟	المبلغ	فرد الأسرة
		.1
		.2
		.3
		.4
		.5
		.6

4. مصادر الدخل الأخرى  
يرجى تقديم وثائق بجميع مصادر الدخل المذكورة.

نوع الدخل	فرد الأسرة الذي يتلقى المخصصات	المبلغ	ما معدل تلقيه؟ (ضع دائرة على واحد)
الضمان الاجتماعي		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
تعويضات بطالة		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
مخصصات التقادم		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
مدفوعات الإعالة		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
مخصصات المحاربين القدامى		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
إعالة الطفل		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
النفقة		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
تعويضات العاملين		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
الدخل الصافي من الإيجار		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
دخل العمل الحر		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
دخل الودائع		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً
آخر		دولار	أسبوعياً، شهرياً، سنوياً

## 5. تعليقات / إفادة بالدعم المالي

استخدم هذا القسم لذكر أي معلومات إضافية أو بيان الدعم الخاص بك.

إذا قمت بالتسجيل أن دخلك 0 دولار أعلاه، يرجى تقديم تفسير مختصر عن كيفية استطاعتك (أو استطاعة المريض) تلبية الاحتياجات الحياتية الأساسية:

---



---



---



---



---

## 6. معلومات التأمين الصحي

يرجى تقديم معلومات عن تغطية التأمين الصحي.

هل كان لديك تأمين صحي في وقت تقديم الخدمة الخاصة بك؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم معلومات التأمين الخاص بك ونسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك:

اسم شركة التأمين	رقم الهوية التعرفية	اسم المشترك	تاريخ السريان
------------------	---------------------	-------------	---------------

بالتوفيق أدناه، أقر أن كل ما ذكرت في هذا الطلب وفي أي مرفقات صحيح على حد علمي.

أوافق على تقديم وثائق إضافية عند الطلب لتحديد أهليتي.  
أدرك أن تزوير أي معلومات قد يؤدي إلى رفض منح المساعدات المالية.

أوافق على إعلام المستشفى بأي تغييرات تطرأ على دخلي وعدد أفراد أسرتي وتغطية التأمين الصحي الخاصة بي أو أي معلومات أخرى قد تغير من أهليتي للحصول على المساعدات المالية.

توقيع مقدم الطلب/الضامن	الاسم بحروف واضحة	التاريخ	الوقت
-------------------------	-------------------	---------	-------

توقيع الممثل المفوض	الاسم بحروف واضحة	التاريخ	الوقت
---------------------	-------------------	---------	-------