



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

النظام الصحي التذكري المجتمعي حيث يبدأ التميز مع الرعاية

للتقدم بالطلب شخصياً:
5855 أوليفاس بارك دريف
CA93003، فينتورا،

النظام الصحي التذكري المجتمعي
147 شارع نورث برنت
CA 93003، فينتورا،

طلب المساعدة المالية طلب الرعاية الخيرية الغير مصرح بها

اسم المريض _____

رقم حساب المريض (المرضي) _____

اسم الضامن _____

تاريخ الميلاد: _____ SS# _____ - _____ - _____

هاتف () _____

العنوان _____

المدينة، ولاية، رمز بريدي _____

اسم الزوج/الزوجة _____ SS# _____ - _____ - _____

هل أنت مواطن أمريكي؟ _____ نعم _____ لا

إذا لم يكن كذلك، أجنبي مقيم؟ _____ نعم _____ لا

إن لم يكن، أجنبي غير مقيم؟ _____ نعم _____ لا

الوضع العائلي: سرد جميع المعالين الذين تدعمهم

اسم _____ العمر _____ العلاقة _____

التوظيف والعمل:

صاحب العمل _____ الوظيفة: _____

إذا كان العاملون لحسابهم الخاص، اسم العمل _____

عنوان صاحب العمل _____

رقم الهاتف _____ منذ متي تعمل _____

زوج/زوجة _____

صاحب العمل: _____ المنصب _____

إذا كان يعمل لحسابه الخاص، اسم العمل _____

بيان الإيرادات والنفقات الجارية

الدخل الشهري الحالي:	المريض	زوج/الزوجه
إجمالي الدخل	\$ _____	\$ _____
الدخل من الأعمال (إذا كان يعمل لحسابه الخاص	\$ _____	\$ _____
الفائدة وأرباح الأسهم	\$ _____	\$ _____
الدخل من العقارات أو الممتلكات الشخصية	\$ _____	\$ _____
الضمان الاجتماعي / دخل التقاعد	\$ _____	\$ _____
النفقة، مدفوعات الدعم	\$ _____	\$ _____
تعويض البطالة	\$ _____	\$ _____
إيرادات أخرى	\$ _____	\$ _____
إجمالي الدخل الشهري	\$ _____	\$ _____

\$ _____	\$ _____	النفقات الشهرية الحالية: الإيجار أو دفع ثمن المنزل
\$ _____	\$ _____	الضرائب العقارية
\$ _____	\$ _____	المرافق
\$ _____	\$ _____	النفقة، مدفوعات الدعم
\$ _____	\$ _____	التعليم
\$ _____	\$ _____	الغذاء
\$ _____	\$ _____	اقتطاعات الرواتب
\$ _____	\$ _____	العلاج الطبي والأسنان والأدوية
\$ _____	\$ _____	غير ذلك _____
\$ _____	\$ _____	إجمالي المصروفات الشهرية
\$ _____	\$ _____	صافي الدخل الشهري بعد المصروفات

من خلال التوقيع على هذا الطلب، أوافق على السماح للنظام الصحة التذكاريه المجتمعيه الاتصال برب العمل والبنك وغيرهم من المصادر، فضلا عن طلب تاريخ الانتمان لغرض تحديد أهليتي للرعاية الخيرييه. أفهم أنني غير مؤهل للحصول على الخدمات بموجب إرشادات الرعاية الخيرية بأنني سوف أحمل مسؤولية شخصية عن رسوم الخدمات المقدمة. أشهد أن المعلومات المقدمة على هذا الطلب صحيحة ودقيقة. إذا تبين أن أي معلومات مقدمة هنا خاطئة أو مضللة، فإنني أفهم أنه سيتم رفض أهليتي للرعاية الخيرية.

وأنا أفهم أيضا أن هذا الطلب هو لرسوم نظام الصحة التذكاريه المجتمعيه فقط. جميع الأطباء والأشعة المهنية، غرفة أوجاي للطوارئ المهنية والإسعاف وخدمات التخدير أو خدمات علم الأمراض لا يشملهم نظام الصحة التذكاريه المجتمعيه تتم محاسبتهم بشكل منفصل فلا يغطيهم هذا الطلب.

_____ (التاريخ)

_____ (توقيع المريض أو الضامن)

_____ (التاريخ)

_____ (توقيع مقدم الطلب المشارك)



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

النظام الصحي التذكري المجتمعي حيث يبدأ التميز مع الرعاية

للتقدم بالطلب شخصيا يرجى زيارة:
5855 أوليف بارك دريف
فينتورا، CA 93003
ساعات العمل
اثنين - الجمعة. 8:00 صباحا - 4:00 مساء

طلب المساعدة المالية تعليمات طلب الرعاية الخيرية للعناية غير المصرح بها

التاريخ _____
اسم المريض _____
رقم حساب المريض (المرضي) _____
الرصيد الكلي للدراسة \$ _____

ردا على طلبك للحصول على مساعدة مالية بخصوص رقم (أرقام) الحساب المذكور أعلاه، يرجى تقديم الوثائق التالية، في موعد أقصاه عشرة (10) أيام من تاريخ هذه الرسالة.

من المهم أن يكون الطلب كاملا، ويتم توفير جميع المعلومات المطلوبة من أجل تقييم مناسب قدرتك على دفع كل أو جزء من فاتورة المستشفى.

(1) رفض أو قبول ميدي-كال الرسمي

(2) الطلب للمساعدة الخيرية المكتمل بالكامل (المرفق بهذه الرسالة)

(3) نسخ من شيكات كشوف المرتبات الخاصة بك في الفترة الحالية للأشهر الثلاثة الأخيرة. لاحظ أن هذا يشمل أيضا المساعدة العامة (على سبيل المثال، الضمان الاجتماعي، البطالة، أو الإعاقة). إذا تلقيت دخلك نقدا، يرجى تزويدنا ببيان مكتوب من صاحب العمل يوضح دخلك.

إذا كنت لا تتلقى حالياً أي دخل على الإطلاق يرجى كتابة فقرة موجزة على ورقة منفصلة توضح الوضع المالي الحالي. تأكد من تضمين التاريخ والتوقيع. إذا كنت تتلقى مساعدة مالية أو تعيش مع شخص ما، يرجى أن يكتب أو تكتب بياناً يوضح الوضع.

(4) التحقق من الإيجار أو الرهن العقاري.

(5) نسخة من البيانات المصرفية الخاصة بك قبل 3 أشهر (المدخرات، والتحقق، IRAs ، وحسابات سوق المال، الخ...)

(6) نسخة من الإقرار الضريبي للعام السابق (1040 المكتمله و الموقعه)

يرجى إرسال نسخ من هذه الوثائق لأنها لن تعاد إليك.

إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بي مباشرة على (805)652-5676 للمساعدة.

بيكي BECKY

ممثل حساب المريض
النظام الصحي التذكاري المجتمعي