

## For Administrative use only

Facility \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Med.Rec# \_\_\_\_\_

استمارة طلب الحصول على المساعدات المالية  
(المرفق أ)

## For Administrative use only

Patient Type \_\_\_\_\_

Amount of W/O \$ \_\_\_\_\_

Method of Calculation \_\_\_\_\_

## 1. البيانات الديموغرافية للمريض

اسم المريض: \_\_\_\_\_ (اسم العائلة) (الأول) (الأوسط) (رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - غير مطلوب) (تاريخ الميلاد)

اسم الضامن: \_\_\_\_\_ (اسم العائلة) (الأول) (الأوسط) (رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - غير مطلوب) (تاريخ الميلاد)

العنوان: \_\_\_\_\_ (الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الخليوي: \_\_\_\_\_

## 2. معلومات الأسرة

الحالة الاجتماعية للمريض: (ارسم دائرة حول أحد الخيارات)	متزوج	أعزب	منفصل	إجمالي عدد أفراد الأسرة:
--	-------	------	-------	--------------------------

اسم (أسماء) الزوج/الزوجة والمعالين: (ارفاق ورقة منفصلة للمعالين الإضافيين)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب)

## 3. معلومات الوظيفة الحالية

اسم الموظف (المريض، أو الضامن، أو الزوج/الزوجة، أو المعال):	اسم الموظف والعنوان وتواريخ التوظيف
	تاريخ التعيين:
	تاريخ التعيين:
	تاريخ التعيين:

## 4. معلومات التأمين (ارفاق ورقة منفصلة لمعلومات التأمين الإضافية)

هل تتمتع بتغطية تأمين صحي أو قمت بالتقدم للحصول على تأمين صحي (بما في ذلك برنامج Medicaid أو Child Health Plus أو Family Health Plus أو Healthy NY)؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: (يرجى إدراج اسم شركة التأمين وعنوانها ورقم الهاتف ورقم البوليصا/المجموعة ومعلومات المشترك)		

## 5. معلومات أخرى

هل العلاج نتيجة لحادث أو إصابة؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ الحادث: وصف مختصر للحادث: الشارع والمدينة والولاية التي وقع بها الحادث: هل ستتضمن تأمين مالك المنزل أو التأمين ضد الخسارة الناتجة عن الضرر؟		

لا تحتاج إلى القيام بأي عمليات سداد للمستشفى إلى أن يرسل لك المستشفى خطابًا بقراره بشأن استمارة الطلب المقدمة الخاصة بك

استمارة طلب الحصول على المساعدات المالية  
(المرفق ب)

6. البيان المالي:

قم بإدخال الإجمالي الخاص بالمريض والضامن والزوج / الزوجة والمعاليين: (قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر)

المبلغ:	الدخل الشهري:
دولار	إجمالي الأجر والرواتب والعمولات
دولار	الضمان الاجتماعي
دولار	الإعاقاة
دولار	البطالة
دولار	إعالة الطفل
دولار	النفقة / مصاريف الصيانة
دولار	الدخل الإيجاري
دولار	دخل العقار
دولار	المعاش
دولار	الأرباح / الفوائد
دولار	مصادر دخل أخرى (حددها)
دولار	
دولار	
دولار	

إقرار

أشهد أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأدرك أن أي معلومات احتيالية أو مُضللة ستفقدني الأهلية للحصول على أي مساعدات مالية. وأفوض بالكشف عن أي معلومات لازمة للتحقق من صحة المعلومات المقدمة ولأغراض إصدار الفواتير والتحصيل بما يتوافق مع القانون الفيدرالي وقوانين الولاية المعمول بها. إضافة إلى ذلك، سأقدم بطلب للحصول على أي مساعدة (مثل Medicaid أو Medicare أو التأمين الصحي أو نحو ذلك) والتي قد تكون متاحة لسداد تكاليف المستشفى، كما سأؤخذ أي إجراءات ضرورية على نحو معقول للحصول على هذه المساعدة كما سأخصص للمستشفى أو أسد له المبلغ المسترد مقابل تكاليف المستشفى.

وأدرك أنه تم تقديم استمارة الطلب هذه ليتمكن المستشفى من تحديد أهليتي للحصول على المساعدات المالية بناءً على المعايير المحددة الخاصة بالملفات في المستشفى.

إضافة إلى ذلك، فإنني أوافق على تقديم أي معلومات إضافية بحسب الحاجة بغرض تحديد أهليتي. وأوافق على إخطار NYU Hospitals (مستشفيات جامعة نيويورك) بأي تغيير يطرأ على احتياجاتي أو أهليتي للحصول على التأمين أو دخلي أو العقار الخاص بي أو تدابير المعيشة أو عنواني بمجرد حدوث ذلك.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الموظف الذي أجري المقابلة: \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

لا تحتاج إلى القيام بأي عمليات سداد للمستشفى إلى أن ترسل لك المستشفى خطابًا بقرارها بشأن استمارة الطلب المقدمة الخاصة بك