

NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL

طلب الحصول على الرعاية الخيرية

اسم المريض \_\_\_\_\_ اسم العائلة \_\_\_\_\_ الاسم الأول \_\_\_\_\_ الحروف الأولى من الاسم الأوسط \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ الرقم والشارع ورقم الشقة \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ الوظيفة \_\_\_\_\_ صاحب العمل \_\_\_\_\_

عنوان صاحب العمل \_\_\_\_\_ رقم هاتف صاحب العمل \_\_\_\_\_

**الدخل** - أدرج مجموع الدخل لنفسك ولزوجك/لزوجتك ولجميع أفراد الأسرة الآخرين من:

نوع الدخل	إجمالي 3 شهور الماضية	إجمالي الـ 12 شهرًا الماضية
الأجور		
عوائد الأعمال الحرة		
الدعم الحكومي		
الضمان الاجتماعي		
مخصصات البطالة/تعويضات العمال		
النفقة		
إعالة الطفل		
المعاشات		
الدخل من الأرباح		
المجموع		

يطلب المستشفى أن ترسل وثائق لإثبات الدخل الذي ذكرته أعلاه. قد تتضمن أمثلة الوثائق كعب شيك أجر، خطابًا من صاحب العمل إذا أمكن، استمارة 1040، إلخ.

**عدد أفراد الأسرة** - أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك:

الاسم	العمر	صلة القرابة

ملحوظة: يُرجى إرفاق ورقة أخرى إذا احتجت إلى مساحة إضافية.

يمكن تقديم هذا الطلب للمستشفى في أي وقت خلال عملية الفوترة والتحصيل.

بمجرد أن ترسل طلبًا مكتملاً بالإضافة إلى الوثائق الداعمة لصحة البيانات إلى المستشفى على العنوان المذكور أدناه، يمكنك أن تتجاهل أي فواتير إلى أن يُصدر المستشفى قرارًا مكتوبًا فيما يخص طلبك.

لإرسال طلب الحصول على الرعاية الخيرية، يُرجى قراءة الإقرار التالي، والتوقيع حيث يُشار إليه أدناه.

أطلب بموجب هذا أن يقوم مستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL بالفصل كتابيًا في أهليتي لتلقي الرعاية الخيرية. وأنفهم أن المعلومات التي أقدّمها فيما يتعلق بدخلي السنوي وعدد أفراد أسرتي تكون خاضعة للتحقق من صحتها من قِبل المستشفى. وأنفهم أيضًا أنه إذا تبين أن المعلومات التي أقدّمها مزورة، فإن مثل هذا الأمر سيتسبب في رفض تقديم الرعاية الخيرية لي وأني قد أتحمّل مسؤولية تكاليف الخدمات المقدمة. وأؤكد أن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأضيف أنني بموجب هذا أعطي لمستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL للتحقق من أي معلومة ذات صلة بهذا الطلب.

التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ رقم الحساب \_\_\_\_\_

NewYork-PresbyterianBrooklyn Methodist Hospital  
3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
أو بواسطة الفاكس على الرقم: (516) 801-8504

يتم إرسال الطلب المكتمل إلى العنوان: