

مستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN  
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 \_\_\_\_\_ المنطقة البريدية \_\_\_\_\_

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

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

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

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

تطلب المستشفى أن ترسل وثائق لإثبات الدخل الذي ذكرته أعلاه. قد تتضمن أمثلة الوثائق إيصال أجر، خطاباً 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 والتحويل.

بمجرد قيامك بإرسال طلباً مستكماً بالإضافة إلى الوثائق الداعمة لصحة البيانات إلى المستشفى على العنوان المذكور أدناه، يمكنك أن تتجاهل أي فواتير إلى أن تُصدر المستشفى قراراً مكتوباً فيما يخص طلبك.

لإرسال طلب الحصول على الرعاية الخيرية، يُرجى قراءة الإقرار التالي، والتوقيع في المكان المشار إليه أدناه.

أطلب - بموجب هذه الوثيقة - أن تقوم مستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN بالفصل كتابةً في أهليتي لتلقي الرعاية الخيرية. وأتفهم أن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بدخلي السنوي وعدد أفراد أسرتي تكون خاضعة للتحقق من صحتها من قِبل المستشفى. وأتفهم أيضاً أنه إذا تبين أن المعلومات التي أقدمها مزورة، فإن مثل هذا الأمر سيُسبب في رفض تقديم الرعاية الخيرية لي، كما أنني قد أتحمل مسئولية تكاليف الخدمات المقدمة. أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأضيف أنني - بموجب هذه الوثيقة - أعطي الإذن لمستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN للتحقق من أي معلومة ذات صلة بهذا الطلب.

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

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services  
Expressway Plaza, Suite 200 3  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att: Jerome Fields  
أو بواسطة الفاكس على الرقم: (516) 8504-801

يتم إرسال الطلب مكتملاً إلى العنوان: