

NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
طلب المساعدة المالية

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____
اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____
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 الـ3 أشهر الماضية	إجمالي الـ12 شهرًا الماضية
الأجور		
الأجر المكتسب من 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 كعب شيك الأجر، خطابًا من صاحب العمل إذا كان ينطبق، 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 إلى المستشفى في أي وقت خلال عملية الفوترة والتحويل.

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

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

أطلب بموجبه أن تقوم مستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL بالفصل كتابةً في أهليتي لتلقي المساعدة المالية. وأتفهم أن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بدخلي السنوي وعدد أفراد أسرتي تكون خاضعة للتحقق من صحتها من جانب المستشفى. وأتفهم أيضًا أنه إذا تبين أن المعلومات التي أقدمها مزورة، فإن مثل هذا الأمر سيتسبب في رفض تقديم المساعدة المالية لي وأني قد اتحمل مسؤولية تكاليف الخدمات المقدمة. وأؤكد أن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأضيف أنني بموجب هذا أعطي الإذن لمستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL للتحقق من أي معلومة ذات صلة بهذا الطلب.

التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب _____ رقم الحساب _____

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: Financial Aid Department
أو بواسطة الفاكس على الرقم: (516) 801-8504

يتم إرسال الطلب المكتمل إلى العنوان: