

NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS  
طلب المساعدة المالية

اسم المريض \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
اسم العائلة \_\_\_\_\_ الحرف الأول من الاسم الأوسط \_\_\_\_\_ الاسم الأول \_\_\_\_\_  
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 بموجب هذا أن تقوم مستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS بالفصل كتابة 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 أتحمّل مسؤولية تكاليف الخدمات المقدمة. وأؤكد أن المعلومات أعلاه حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأضيف أنني بموجب هذا أعطي الإذن لمستشفى NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS للتحقق من أي معلومة ذات صلة بهذا الطلب.

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

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
100 Jericho Quadrangle, Suite 202  
Jericho, NY 11753  
Att: Financial Aid Department

يتم إرسال الطلب المكتمل إلى العنوان:

أو بواسطة الفاكس على الرقم: (516) 801-8504