

TEXAS
INSTITUTE
for SURGERY
At Texas Health Presbyterian Dallas

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
tifsfa@tifs.org اتصل أو أرسل بريدا إلكترونيا 214-489-7252

التاريخ: _____ اسم الكفيل: _____
اسم المريض: _____ تاريخ الخدمة: _____
حساب المستشفى # _____ السجل الطبي # _____

عزيزي المريض:

سوف تجد طيه تطبيق المساعدة المالية لموارد تكساس الصحية / معهد تكساس للجراحة. سيمكننا إكمال هذا الطلب من تقديم حسابك للنظر في المساعدة المالية لفاتورة (فواتير) المستشفى. يتعلق هذا برسوم المستشفى الخاصة بك فقط.

نحن نتفهم رغبتك في الخصوصية. وعليه، باستثناء أغراض التحقق ، سيتم التعامل مع المعلومات الواردة في طلبك على أنها معلومات سرية. سيتم تداولها فقط بين موظفي تكساس هيلث ريسورسز / معهد تكساس للجراحة على أساس "الحاجة إلى المعرفة".

يرجى إكمال كل بند في الطلب. إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية لأي تفسيرات ، فيرجى استخدام الجزء الخلفي من الطلب.

يرجى تقديم نسخ من قسائم الراتب للشهر الحالي والشهرين السابقين و / أو إثبات أي طريقة أخرى من طرق كسب العيش للأسرة. إذا لم تتلق قسائم شيكات ، فيرجى تقديم نسخ من كشوف حسابك المصرفي التي توضح ودائعك الشهرية. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص ، فيرجى تقديم نسخة من أحدث إقرار ضريبي حالي للدخل الشخصي تم تقديمه وبيان الأرباح والخسائر. يمكن أن يؤدي عدم تقديم الوثائق المطلوبة إلى رفض النظر في المساعدة المالية.

من المهم للغاية إكمال هذا الطلب عند استلامه وإعادته في أقرب وقت ممكن.

إذا كنت تواجه صعوبة في إكمال هذا الطلب أو كانت هناك جزء منه غير واضح، فيرجى الاتصال. نشيد بتعاونكم.


TEXAS
INSTITUTE
for **SURGERY**
 At Texas Health Presbyterian Dallas

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 tifsfa@tifs.org اتصل أو أرسل بريدا إلكترونيا 214-489-7252

طلب المساعدة المالية - الصفحة 1

اسم المريض: الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ مي _____

الضمان الاجتماعي # _____ DOB: _____ حساب المستشفى #: _____

متزوج _____ أعزب _____ مطلق _____ الأرملة _____ منفصل _____

هل لديك أطفال قاصرون (أقل من 18 عاما)؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل تعيش أسرتك معك؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل هم أولادتك من صلبك / أطفالك بالتبني قانوناً؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل المريض يعمل؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل الزوج / الزوجة تعمل؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل لديك تأمين صحي؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل أنت معاق؟ منذ متى؟ _____ نعم _____ لا _____
 هل أنت من قدامى المحاربين؟ _____ نعم _____ لا _____

أفراد الأسرة - (الذين يعيشون معك في المنزل)
 زوج/زوجة: _____

طفل: _____ العمر: _____
 طفل: _____ العمر: _____
 طفل: _____ العمر: _____
 طفل: _____ العمر: _____

الدخل (الراتب الشهري):

<u>المبلغ الشهري</u>	<u>النفقات</u>	<u>صافي الراتب</u>	<u>إجمالي الراتب</u>	<u>الدخل (الراتب الشهري):</u>
_____ \$	الرهن العقاري / الإيجار	_____ \$	_____ \$	المريض
_____ \$	الماء والكهرباء	_____ \$	_____ \$	الزوج/الزوجة
_____ \$	مدفوعات السيارة	_____ \$	_____ \$	القُصْر
_____ \$	المواد الغذائية / التموين	_____ \$	_____ \$	المساعدة الحكومية
_____ \$	بطاقات الإنتمان	_____ \$	_____ \$	طوابع الطعام
_____ \$	أخرى (يرجى التحديد)	_____ \$	_____ \$	الضمان الاجتماعي
_____ \$		_____ \$	_____ \$	بطالة
		_____ \$	_____ \$	فوائد الإضرابات
		_____ \$	_____ \$	تعويض العمال
		_____ \$	_____ \$	النفقة
		_____ \$	_____ \$	إعالة أطفال
		_____ \$	_____ \$	مخصصات عسكرية
		_____ \$	_____ \$	معاش التقاعد
		_____ \$	_____ \$	الدخل من: الأقران المدمجة
		_____ \$	_____ \$	إيجار، توزيعات الأرباح
		_____ \$	_____ \$	فائدة
		_____ \$	_____ \$	المجموع

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 tifsfa@tifs.org اتصل أو أرسل بريدا إلكترونيا 214-489-7252

أصول

_____	\$	الحساب الجاري
_____	\$	حساب التوفير
_____	\$	الأقراص المدمجة ، الجيش الجمهوري الأيرلندي
_____	\$	استثمارات أخرى (الأسهم والسندات وما إلى ذلك)
_____	\$	العقارات / الأراضي بخلاف السكن الأساسي

تقديم طلب للمساعدة المالية – الصفحة 2

_____	صاحب عمل الزوج/الزوجة:	_____	اسم صاحب العمل
_____	# الهاتف	_____	# الهاتف
_____	عنوان صاحب العمل	_____	عنوان صاحب العمل
_____	المهنة	_____	المهنة

لا _____ نعم _____
 لا _____ نعم _____
 لا _____ نعم _____
 لا _____ نعم _____
 لا _____ نعم _____

هل تتقدم حاليا بطلب للحصول على مزايا ميديكيد Medicaid؟
 هل تقدمت بطلب للحصول على المساعدة من خلال مستشفى المقاطعة / برنامج المعوزين؟
 هل يتبرع طبيبك بخدماته؟
 هل هناك أي أطراف ثالثة يحتمل أن تكون مسؤولة عن حادثتك / إصابتك / مرضك؟
 هل يساعدك أي شخص في دفع فواتير المستشفى؟
 من يساعدك؟
 ما مقدار المساعدة التي تتلقاها؟

ضع قائمة بأي معلومات أخرى تشعر أنها ستكون مفيدة لنا في تحديد أهليتك للحصول على المساعدة في دفع فاتورة المستشفى.

الأرباح و / أو الأموال المتوقعة التي سنتلقاها خلال إجازتك بسبب مرضك (إجازة مرضية ، إجازة مدفوعة الأجر ، دخل إعاقة قصير / طويل الأجل).

_____ \$

المدة الزمنية المتوقعة التي لن تتمكن فيها من العمل و / أو تحصيل المرتبات:

أفهم أن Texas Health Resources / معهد تكساس للجراحة قد يتحقق من المعلومات المالية الواردة في هذا الطلب فيما يتعلق بتقييم المستشفى لهذا الطلب ، ويفوض المستشفى بموجب هذا بالاتصال بصاحب العمل للتصديق على المعلومات المقدمة وطلب تقارير من وكالات إعداد التقارير الانتمائية. أدرك أنه سيتم استخدام هذه المعلومات لتحديد أهليتي للحصول على المساعدة المالية وأن تزوير المعلومات في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض مساعدة رعاية المساعدة المالية. أفهم أيضا أن أي موافقة على المساعدة المالية قد يتم استردادها كليا أو جزئيا في حالة الاسترداد من طرف ثالث أو جهة أخرى.

أفهم أيضا أن أي رعاية مساعدة مالية أتلقاها لن تفسر على أنها تنازل من المستشفى عن امتياز المستشفى لسداد أي مبلغ أدين به وأن أي تعويض أتلقاها فيما يتعلق بهذا الاستشفاء يجب إرساله إلى تكساس هيلث ريسورسز / معهد تكساس للجراحة.

_____ التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب ، إذا لم يكن المريض نفسه

_____ صلة القرى _____ توقيع مقدم الطلب ، إذا لم يكن المريض نفسه

_____ رقم هاتف المنزل _____ عنوان المريض المدينة الولاية الرمز البريدي للمقاطعة