

7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
الاتصال على الرقم 214-489-7252  
أو البريد الإلكتروني tifsfa@tifs.org

التاريخ: \_\_\_\_\_ اسم الضامن: \_\_\_\_\_  
اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الخدمة: \_\_\_\_\_  
حساب المستشفى # \_\_\_\_\_ السجل الطبي # \_\_\_\_\_

عزيزي المريض:

مرفق طيه طلب تقديم المساعدة المالية المتعلق بـ Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery. وسيمكننا إكمال هذا الطلب من تقديم حسابك للنظر في المساعدة المالية لفاتورة (فاتوير) المستشفى الخاصة بك. وهذا لرسم المستشفى خاصتك فقط.


ولدينا تفهم كامل لرغبتك في الخصوصية. وفقاً لذلك، سيتم التعامل مع المعلومات المدرجة في طلبك على أنها معلومات سرية، باستثناء أغراض التحقق. ولن تشارك إلا بين العاملين لدى Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery على أساس "الحاجة إلى المعرفة".

يُرجى إكمال كل عنصر في الطلب. وعند الحاجة إلى مساحة إضافية لأي تفسيرات، يُرجى استخدام الجزء الخلفي من طلب التقديم.

ويُرجى تقديم نسخ من رواتب الشهر الحالي والشهرين السابقين وإثبات أي شكل آخر من أشكال الدخل للأسرة أو أي منهما. وإن لم تتلق أرومة الشبكات، يُرجى تقديم نسخ من كشوف حسابك البنكية التي توضح إيداعاتك الشهرية. وإن كنت تعمل لحسابك الخاص، يُرجى تقديم نسخة من آخر إقرار ضريبي للدخل الشخصي وبيان الأرباح والخسائر الحالي. ويمكن أن يؤدي عدم تقديم الوثائق المطلوبة إلى رفض النظر في المساعدة المالية.

ومن المهم للغاية إكمال هذا الطلب عند الاستلام وإعادته في أقرب وقت ممكن.

وإن واجهت صعوبة في إكمال هذا الطلب أو هناك جانب غير واضح، يرجى التواصل معنا. نقدر التعاون المقدم من جانبكم.

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

7115 Greenville Avenue  
 Dallas, TX 75231  
 الاتصال على الرقم 214-489-7252  
 أو البريد الإلكتروني tifsfa@tifs.org

**طلب المساعدة المالية – صفحة 1**

اسم المريض: \_\_\_\_\_ الاسم الأخير \_\_\_\_\_ الاسم الأول \_\_\_\_\_ الحرف الأول من الاسم الأوسط \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي # \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رقم الحساب: \_\_\_\_\_

متزوج \_\_\_\_\_ أعزب \_\_\_\_\_ مطلق \_\_\_\_\_ الأرمال \_\_\_\_\_ منفصل \_\_\_\_\_

هل لديك أطفال قاصرون (أقل من 18 عامًا)؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل تعيش أسرتك معك؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل هم أطفالك المولودون/المتبنون قانوناً؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل المريض يعمل موظفًا؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل الزوج موظف؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل لديك تأمين صحي؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل أنت مشترك في خطة مشاركة صحية/تقاسم تكاليف؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل أنت من ذوي الهمم أم لا؟ ما طول المدة؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل أنت محارب قديم؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

**أفراد الأسرة – (الذين يعيشون في المنزل)**

الزوج: \_\_\_\_\_  
 الطفل: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_  
 الطفل: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_  
 الطفل: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_  
 الطفل: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_

**الدخل (الراتب الشهري):**

<u>المبلغ الشهري</u>	<u>مصاريف</u>	<u>الصافي</u>	<u>الإجمالي</u>	
_____ \$	الرهن العقاري/الإيجار	_____ \$	_____ \$	المريض
_____ \$	الماء والكهرباء	_____ \$	_____ \$	الزوج/الزوجة
_____ \$	مدفوعات السيارات	_____ \$	_____ \$	المعالون
_____ \$	المواد الغذائية / التموين	_____ \$	_____ \$	المساعدة الحكومية
_____ \$	بطاقات الائتمان	_____ \$	_____ \$	طوابع الطعام
_____ \$	غير ذلك (يرجى التحديد)	_____ \$	_____ \$	الضمان الاجتماعي
_____ \$		_____ \$	_____ \$	البطالة
_____ \$		_____ \$	_____ \$	فوائد الإضرابات
_____ \$		_____ \$	_____ \$	تعويض العامل
_____ \$	<b>المجموع</b>	_____ \$	_____ \$	نفقة الزوجة
		_____ \$	_____ \$	دعم الأطفال
		_____ \$	_____ \$	مخصصات عسكرية
		_____ \$	_____ \$	المعاشات التقاعدية
		_____ \$	_____ \$	الدخل من: CD 's
		_____ \$	_____ \$	إيجار، توزيعات الأرباح
		_____ \$	_____ \$	فائدة
		_____ \$	_____ \$	<b>المجموع</b>

7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
الاتصال على الرقم 214-489-7252  
أو البريد الإلكتروني tifsfa@tifs.org

### أصول

_____	\$	حساب جار
_____	\$	حساب توفير
_____	\$	شهادات الإيداع وحسابات التقاعد الفردي
_____	\$	استثمارات أخرى (أسهم، سندات، إلخ)
_____	\$	العقارات/الأراضي بخلاف الإقامة الأساسية

### طلب المساعدة المالية – صفحة 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 حاليًا بطلب للحصول على مزايـا Medicaid؟  
هل تقدمت بطلب للحصول على المساعدة من خلال مستشفى المقاطعة/برنامج المعوزين؟  
هل يتبرع طبيبك بخدماته؟  
هل توجد جهة خارجية يحتمل أن تكون مسؤولة عن الحادث/الإصابة/المرض؟  
هل يوجد من يساعدك على سداد 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 المتوقعة، والتي ستحصل عليها خلال فترة إجازتك بسبب مرضك أو أي منهما (إجازة مرضية، إجازة مدفوعة الأجر، دخل عجز قصير/طويل الأجل).  
المدة الزمنية المتوقعة التي لن تتمكن فيها من العمل وكسب الأجر أو أي منهما: \_\_\_\_\_ دولار

أعي أنه يجوز لـ Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery التحقق من المعلومات المالية الواردة في هذا الطلب فيما يتعلق بتقييم المستشفى لهذا الطلب، وتفويض المستشفى بموجب هذا بالاتصال بصاحب العمل للتصديق على المعلومات المقدمة وطلب التقارير من وكالات الإبلاغ الانتماني. وأدرك أنه سيتم استخدام المعلومات لتحديد أهليتي للحصول على مساعدة مالية وأن تزوير المعلومات في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض مساعدة رعاية المساعدة المالية. أفهم أيضًا أن أي موافقة على المساعدة المالية قد يتم عكسها كليًا أو جزئيًا في حالة الاسترداد من جهة خارجية أو مصدر آخر.

أفهم أيضًا أن أي رعاية مساعدة مالية أتلقاها لا يجوز تفسيرها على أنها تنازل من قبل المستشفى عن امتياز المستشفى الخاص به لسداد أي مبلغ أدین به وأن أي تعويض أتلقاه فيما يتعلق بهذا الاستشفاء يجب إرساله إلى Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery.

_____	التاريخ	_____	توقيع مقدم الطلب، إن كان المريض
_____	العلاقة	_____	توقيع الشخص مقدم الطلب، إن لم يكن مريضًا
_____	رقم هاتف المنزل	_____	عنوان المريض
_____		_____	الولاية
_____		_____	الرمز البريدي للمقاطعة
_____		_____	المدينة