

استمارة طلب المساعدة المالية

Financial Assistance Application - Arabic



يتم جمع معلومات ليست جزءاً من السجل الطبي في هذه الاستمارة. للحفاظ محلياً فقط.

اسم مقدم الطلب (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	مكان الخدمات	الرقم في مايو كلينيك
---	--------------	----------------------

التعليمات: أكمل الطلب وأرفق نسخ من:

- الإقرارات الضريبية والجداول الداعمة (العامان الماضيان)
- إعانات الضمان الاجتماعي* (إن وجد)
- إيصالات الراتب* (أحدث ثلاثة أشهر)
- كشوفات المصرفية* (أحدث ثلاثة أشهر لكافة الحسابات)
- في صفحة منفصلة صف حاجتك للحصول على المساعدة المالية*
- W-2 نموذج أو كشوفات البطالة*

*لا ينطبق على بارون Barron أو كاميرون Cameron أو بحيرة رايس Rice Lake أو موندوف Mondovi أو أويسو Osseo أو إلموود Elmwood أو مينوموني Menomonie في ويسكونسن WI.

لقد تقدمت بطلب الحصول على المساعدة الطبية الفدرالية أو من الولاية أو سوف أتقدم بالطلب أو تحققت من استحقاقى لخطة تبادل الرعاية الصحية.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	السبب
لدي دعوى قضائية أو تسوية أو إصابة شخصية أو دعوى متعلقة بالمسؤولية معلقة.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	السبب
لدي تأمين متاح من خلال رب عملي أو رب عمل زوجي.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	السبب
لقد تقدمت في السابق بطلب مساعدة مالية لدى مرفق آخر من مرافق مايو كلينيك.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	غير متأكد <input type="checkbox"/>
أين متى		

المريض/الطرف المسؤول

الاسم (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، العام)
العنوان	المدينة	الولاية
الهاتف	عدد أفراد الأسرة (المريض والزوج والمعالين)	الحالة الاجتماعية
الموقف من العمل	اسم رب العمل	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
مدة التوظيف	تاريخ التعطل عن العمل/المدة (الشهر، اليوم، العام)	هل أنت مدرج على إقرار ضريبي آخر؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		(إذا كانت الإجابة بنعم قم بتقديم الإقرارات الضريبية لما تم إدراجه)

الزوج/الشريك

الاسم (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، العام)
العنوان	المدينة	الولاية
الهاتف	عدد أفراد الأسرة (المريض والزوج والمعالين)	الحالة الاجتماعية
الموقف من العمل	اسم رب العمل	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
مدة التوظيف	تاريخ التعطل عن العمل/المدة (الشهر، اليوم، العام)	هل أنت مدرج على إقرار ضريبي آخر؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		(إذا كانت الإجابة بنعم قم بتقديم الإقرارات الضريبية لما تم إدراجه)

المعالون (إذا كانوا أكثر من 4 معالين استخدم صفحة منفصلة)

الاسم بالكامل	صلة القرابة	تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، العام)
1.		
2.		
3.		
4.		

اسم مقدم الطلب (الأول، الأوسط، اسم العائلة)	الرقم في مايو كلينك
---	---------------------

الحساب (الحسابات المصرفية) لا ينطبق على بارون Barron أو كامبرون Cameron أو بحيرة رايس Rice Lake أو موندوف Mondovi أو أوسيو Osseo أو إلموود Elmwood أو مينوموني Menomonie في ويسكونسن WI.

اسم البنك	نوع الحساب	اسم البنك	نوع الحساب
	حساب جار		حساب جار
	حساب توفير		حساب توفير
	استثمارات وسندات مالية أخرى		استثمارات وسندات مالية أخرى

العقار لا ينطبق على بارون Barron أو كامبرون Cameron أو بحيرة رايس Rice Lake أو موندوف Mondovi أو أوسيو Osseo أو إلموود Elmwood أو مينوموني Menomonie في ويسكونسن WI.

النوع	التفاصيل	القيمة التقديرية	الرصيد غير المدفوع
سكن ثان/منزل لقضاء العطلات			
أرض	عدد الأفدنة		
عقار إيجار			
معدات تجارية/زراعية			
آخر/مركبة ترفيهية			

قم بتقديم المستندات التي تثبت أي من مصادر الدخل التالية

توصيف الدخل	المصدر	قيمة الدخل الشهري
الفوائد/الأرباح		
المعاش/التقاعد		
إيجار/العقار		
الإعاقه		
النفقة / إعالة الأطفال		
غير ذلك		

التأمين

النوع	بوليصة مع	الدفعة الشهرية
صحي		

الدين الطبي

النوع	لمن	الرصيد غير المدفوع	الدفعة الشهرية
طبي الطبيب			
طبي المستشفى			
غير ذلك			

شهادة

أشهد أن جميع المعلومات الواردة حقيقية وصحيحة إلى حد علمي. أدرك أن هذه المعلومات ستستخدم للتأمين من قدرتي على الدفع مقابل الخدمات التي توفرها مايو كلينك أو الكيان التابع لها وأسمح ل مايو كلينك والعيادات والمستشفيات والكيانات التابعة لها أن تتبادل هذه المعلومات حسب الاقتضاء للنظر في طلب المساعدة المالية الخاص بي. بموجب هذه الوثيقة أسمح ل مايو كلينك وكل المرافق التابعة ل مايو كلينك أو ممثل عنها أو وكيل لها بتقصي المعلومات الواردة في هذه الوثيقة والحصول على تقارير حالة الوضع الائتماني.

توقيع المريض/الطرف المسؤول	التاريخ (الشهر، اليوم، العام)
توقيع الزوج/الشريك	التاريخ (الشهر، اليوم، العام)