

أ معلومات المريض: يرجى إكمال هذا القسم الخاص بالمريض الذي يتلقى الرعاية

اسم المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

ب المعلومات الديموغرافية والأسرية:

عنوان الشارع: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ المقاطعة: \_\_\_\_\_  
صاحب العمل: \_\_\_\_\_  
 دوام كامل  دوام جزئي  متقاعد  عاجز  لا يعمل حالياً  
أفراد الأسرة:

1. الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ العلاقة: النفس
  2. الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ العلاقة: زوج/شريك حياة تقديم إقرار ضريبي مشترك نعم لا
  3. الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ معول على الضرائب: نعم لا
  4. الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ معول على الضرائب: نعم لا
  5. الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ معول على الضرائب: نعم لا
- يرجى استخدام قائمة أفراد الأسرة الإضافيين على ورقة منفصلة.

:Office Use Only

Applicant MRN/GUAR \_\_\_\_\_ Spouse MRN/GUAR \_\_\_\_\_

Minor Dependent MRN (if applicable) \_\_\_\_\_

ج دخل وظائف الأسرة

يُرجى إدراج جميع أفراد الأسرة الذين يكسبون دخلاً من خلال وظيفة:

أرفق ورقة أخرى إذا لزم الأمر.

قم بتقديم 3 قوائم رواتب حديثة لجميع الذين يكسبون دخلاً وظيفياً مع الطلب.

اسم فرد الأسرة	العلاقة بمقدم الطلب	إجمالي الدخل الشهري (قبل الخصم)
		دولار
		مجموع إجمالي الدخل الشهري

ه أصول الأسرة

نوع الأصل	الإجمالي
نقد	دولار
حساب ادخار	دولار
حساب جار	دولار
أسهم	دولار
سندات	دولار
سندات ادخار	دولار
شهادات إيداع (CDS)	دولار
حسابات سوق المال	دولار
صناديق مشتركة	دولار
أمانات	دولار
أخرى (يرجى التحديد)	دولار
إجمالي مصادر الدخل الأخرى	دولار

د موارد أخرى للأسرة  
(دخل بدون وظيفة) أدرج المعلومات لجميع أفراد الأسرة حيثما ينطبق ذلك

المبلغ لكل شهر	مصادر دخل أخرى
دولار	إعالة طفل/ نفقة
دولار	كفالة بديلة، أمين بلدية، دخل كنيسة، إلخ.
دولار	ضمان اجتماعي أو ضمان اجتماعي للإعاقة
دولار	معاش
دولار	دخل إيجار ممتلكات
دولار	مستحقات سنوية، فائدة، توزيعات تقاعد
دولار	إعانة بطالة أو تعويض عاملين أخرى (يرجى التحديد)
دولار	إجمالي مصادر الدخل الأخرى

<p>3. هل يقدم صاحب عملك أو صاحب عمل الزوج/الزوجة تأمينًا صحيًا جماعيًا</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>أ. هل حصلت على تغطية في آخر 3 إلى 6 أشهر من خلال صاحب عملك؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، فهل برنامج التأمين الصحي (COBRA) متاح؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>1. هل تقدمت بطلب أو تم رفضك في برنامج Medicaid أو Medicare</p> <p>أ. Medicare الجزء أ</p> <p>ب. Medicare الجزء ب</p> <p>ج. Medicare الجزء ج</p> <p>د. Medicaid</p> <p>إذا كنت قد تم رفض اشتراكك في برنامج Medicaid، فهل كان الرفض خلال الـ 90 يومًا الماضية؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>5. هل لديك أي تأمين صحي آخر؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم معلومات التأمين:</p>		<p>2. هل تتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية لخدمات متعلقة بما يلي:</p>
<p>6. هل أنت مقيم دائم تعيش في منطقة خدمة نظام سبارو الصحي؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>أ. حادث سيارة (MVA)</p> <p>ب. ضحية جريمة</p> <p>ج. تعويض عمال</p> <p>د. إصابة أخرى (مثلًا، انزلاق وسقوط)</p>

أنا أصرح بموجب هذه الوثيقة بالإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا الطلب إلى نظام سبارو الصحي (Sparrow Health System) وذلك لتحديد حالة أهليتي للحصول على المساعدة المالية وفقًا لسياسات وإجراءات سبارو. وأنا أفوض سبارو بالتحقق من هذه المعلومات عند الضرورة، والذي قد يشمل على سبيل المثال لا الحصر، الحصول على تقرير مكتب الائتمان، والتحقق من الوظيفة و/أو الدخل، والحصول على المستندات المؤيدة المناسبة. إن جميع المعلومات ووثائق الدخل التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة، ودقيقة وكاملة كما هو موضح. وإذا تقرر في أي وقت أن المعلومات التي قدمتها كانت خاطئة أو غير دقيقة، فسيتم إلغاء كل المساعدة المالية، وسأقبل المسؤولية عن السداد الكامل والفوري لأي وجميع الأرصدة المستحقة. وأنا أوافق أيضًا على قبول مسؤولية الدفع عن أي مبلغ مستحق بعد أي خصومات جزئية للمساعدة المالية.

الاسم بحروف واضحة: \_\_\_\_\_ العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يرجى تقديم نسخة (نسخ) من إثبات الدخل/الموارد المنطبق عليك:

- إذا كنت موظفًا، ثلاث (3) قسائم راتب حديثة
- بيان الضمان الاجتماعي، أو المعاش، أو المستحقات السنوية
- الإقرار الضريبي للسنة السابقة، يتضمن الجدول 1 والجدول ج إذا كان ذلك منطبقًا
- نسخة من أي مصدر أو دخل إضافي
- في حالة عدم وجود دخل، خطاب يوضح كيفية تلبية الاحتياجات الأساسية (طعام، ملابس، مأوى).