

طلب المريض للحصول على المساعدة المالية / العلاجية

مستشفى كيتيرينج هيلث الرئيسي، ومستشفى كيتيرينج هيلث مياميسرج، ومستشفى كيتيرينج هيلث دايتون، ومستشفى كيتيرينج هيلث واشنطن
تاونشيب، ومستشفى كيتيرينج هيلث جرين ميموريال،
ومركز سوين الطبي، مستشفى كيتيرينج هيلث هاميلتون، مستشفى كيتيرينج هيلث تروي،
ومركز كيتيرينج هيلث الطبي السلوكي
كيتيرينج هيلث - ويلمنغتون

القسم 1: معلومات المريض (مطلوبة)

أكمل معلومات المريض المدرجة أدناه.

تاريخ خدمة المستشفى _____

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ رقم الهاتف (_____) _____

هل كنت مقيمًا في ولاية أوهايو وقت تلقيك الخدمة في المستشفى؟ نعم لا
(ينطبق على برنامج ضمان الرعاية الصحية في المستشفيات (HCAP))

الجزء 2: حجم الأسرة (مطلوب)

اذكر حجم الأسرة وأسماء جميع أفراد الأسرة وتاريخ الميلاد والعمر وصلة القرابة.

حجم الأسرة _____ (بما في ذلك أنت وزوجك/زوجتك وجميع المعالين وأفراد الأسرة الآخرين)

اسم الزوج/الزوجة _____ تاريخ الميلاد _____

الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة
الاسم	تاريخ الميلاد	العمر	صلة القرابة

طلب المريض للحصول على المساعدة المالية / العلاجية

الجزء 3: دخل الأسرة (مطلوب)				
قم بتوفير الدخل الإجمالي الشهري الخاص بك وزوجك/ زوجتك وكل أفراد الأسرة الآخرين شاملاً 3 أشهر أو 12 شهراً سابقين لتاريخ تلقي خدمة المستشفى. إثباتات الدخل المقبولة: قسيمة شيك أو إقرار ضريبي W2's/1099 أو إفادة الرقم الائتماني/المعاش/المحارب أو وثائق محكمة أو أي نوع آخر من الوثائق التي تثبت الدخل كما تقرر أدناه:				
المريض	الزوج / الزوجة	المعال 18-20 سنة	الوالد أو القائم بالرعاية	دخل الأسرة المعيشية
				دخل العمل
				إجمالي دخل الضمان الاجتماعي
				المعاش/ المعاش التقاعدي
				إعانات المحاربين القدماء
				دخل الإعاقة المؤقت (TDI)
				إعانات البطالة
				النفقة
				إعانة الطفل
				أخرى (يرجى التحديد)
\$	\$	\$	\$	إجمالي الدخل الشهري

1. هل طرأت أي تغيرات على دخلك الشهري خلال آخر 12 شهرًا؟ ☐ نعم ☐ لا

2. إجمالي الدخل الكلي للأسرة في آخر 3 أشهر بالدولار _____

3. إجمالي الدخل الكلي للأسرة آخر 12 شهرًا بالدولار _____

4. إذا كان الدخل 0\$، قدم شرحًا موجزًا لكيفية توفيرك لحاجاتك الشهرية.

أفوض كيترنج هيلث لتقديم أو مشاركة وثائق معلومات شخصية لشركات تصنيع الأدوية بغرض مساعدتي في الحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات أدويتي، كما أشهد بموجب توقيعي أدناه أن كل ما ذكرته في هذا الطلب صحيح ودقيق إلى حد علمي. واعتقادي.

أفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق من جانب كيترنج هيلث. أفهم أنه إذا ثبت أن أيًا من المعلومات التي قدمتها غير صحيح، ستعيد كيترنج هيلث تقييم حالتي من حيث استحقاق المساعدة المالية مع اتخاذ الإجراء المناسب. أنا أعي أن كيترنج هيلث يمكنها طلب إثبات إضافي للدخل، وأن عدم تقديم الوثائق المطلوبة سيؤدي لرفض طلبي.

توقيع مقدم الطلب/الوصي القانوني _____ التاريخ _____

إذا وقع شخص آخر غير المريض، اذكر الاسم الكامل وسبب عدم مقدرة المريض على التوقيع.

يُرجى إعادة توجيه الطلب وكل الوثائق الملائمة إلى: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193**، أو البريد الإلكتروني: **FinancialCounselors@ketteringhealth.org** أو الفاكس **(937) 522-9944**. لمزيد من الاستفسارات، يُرجى الاتصال على الهاتف رقم: **(937) 914-7680**.