



المساعدات المالية  
طلب التقدم

الرجل الطبى \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_  
المريض \_\_\_\_\_ جهة العمل \_\_\_\_\_  
الشارع \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدى \_\_\_\_\_

يُرجى إدراج دخل الأسرة الإجمالى..

	آخر 3 أشهر	آخر 12 شهرًا
إجمالى الدخل		
دخل الأسرة الآخر		
دخل الأسرة الإجمالى		
الأصول-المدخرات/ صندوق التقاعد الشخصى (IRA)/شهادات الإيداع (CD)		
العقارات/ السوق النقدي/ الأسهم		

المعالون: (إجمالى الأشخاص الذين يعيشون فى المنزل)

	الاسم	العمر	صلة القرابة
1			
2			
3			
4			
5			

إننى أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة ودقيقة على حد علمى. بالإضافة لذلك، سأعاون مع St. Luke's إذا كان ذلك ضروريًا للتقدم للحصول على أي مساعدة (Medicaid، Medicare، التأمين، إلخ.) قد تكون متاحة لسداد رسوم المستشفى الخاصة بي.

أدرك أنه يتم إنشاء طلب التقدم هذا لتمكين المستشفى من تحديد أهليتي للحصول على الخدمات غير المعوض عنها بموجب برنامج المساعدات المالية، استنادًا إلى المعايير الموضوعية المسجلة في المستشفى. إذا ثبت أن أيًا من المعلومات التي قدمتها غير كاملة، فإنني أدرك أن المستشفى يمكن أن تعيد تقييم وضعي المالي وتتخذ أي إجراءات تناسب الأمر.

أصرح للبنك الخاص بي أو مؤسسة القروض أو شركة التأمين أو جهة العمل الخاصة بي أو أي دائن أيًا كان للموقع أدناه بالإفصاح عن أي من المعلومات التي تطلبها مستشفى St. Luke's Hospital فيما يتعلق بأي من المسائل المالية التي تتضمن أو ترتبط بالموقع أدناه وجميعها.

التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_  
أدرك أن هذا البرنامج لا يغطي أي رسوم خاصة بالأطباء تتعلق بالخدمات التي أتلقاها في مستشفى St. Luke's Hospital.