



المساعدات المالية
طلب التقدم

الرجل الطبى _____ الهاتف _____
المريض _____ جهة العمل _____
الشارع _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____

يُرجى إدراج دخل الأسرة الإجمالي..

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

المعالون: (إجمالي الأشخاص الذين يعيشون في المنزل)

	الاسم	العمر	صلة القرابة
1			
2			
3			
4			
5			

إنني أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة ودقيقة على حد علمي. 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.